Le Sénat

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral

Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-président :
L'honorable Marjory LeBreton

Janvier 2002

Volume trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays

102-02684/

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume Trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

JANVIER 2002

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i

ORDRE DE RENVOI iv

SÉNATEURS v

INTRODUCTION 1

CHAPITRE UN : 5

SOINS DE SANTÉ EN AUSTRALIE 5

1.1 Responsabilité de l'État 5
1.2 Assurance-santé et protection 5
1.3 Financement des soins 8
1.4 Gestion et prestation 8
1.5 Particularités 9

CHAPITRE DEUX : 13

SOINS DE SANTÉ EN ALLEMAGNE 13

2.1 Responsabilité de l'État 13
2.2 Assurance-santé et protection 13
2.3 Financement des soins 15
2.4 Gestion et prestation 15
2.5 Particularités 17
2.5.1 Concurrence entre les caisses-maladie 17
2.5.2 Absence d'intégration 18
2.5.3 Soins à long terme 18

CHAPITRE TROIS : 19

SOINS DE SANTÉ AUX PAYS-BAS 19

3.1 Responsabilité de l'État 19
3.2 Assurance-santé et protection 19
3.2.1 Assurance des soins médicaux normaux 20
3.2.2 Assurance des soins médicaux exceptionnels 21
3.2.3 Supplément d'assurance volontaire 21
3.3 Financement des soins 21
3.4 Gestion et prestation 22
3.5 Particularités 23

CHAPITRE QUATRE : **27**

LES SOINS DE SANTÉ EN SUÈDE **27**

4.1 Responsabilité de l'État 27
4.2 Assurance-santé et protection 27
4.3 Financement des soins 28
4.4 Gestion et prestation 30
4.5 Particularités 31

CHAPITRE CINQ : **35**

LES SOINS DE SANTÉ AU ROYAUME-UNI **35**

5.1 Responsabilité de l'État 35
5.2 Assurance-santé et protection 35
5.3 Financement des soins 37
5.4 Gestion et prestation 37
5.4.1 Services hospitaliers 37
5.4.2 Services des médecins 38
5.5 Prestation des soins privés 40
5.6 Particularités 40

CHAPITRE SIX : **43**

LES SOINS DE SANTÉ AUX ÉTATS–UNIS **43**

6.1 Responsabilité de L'État 43
6.2 Assurance-santé et protection 44
6.2.1 Medicare 44
6.2.2 Medicaid et le SCHIP 46
6.2.3 Protection des assurances publiques et privées 46
6.3 Financement des soins 48
6.4 Gestion et prestation 48
6.5 Particularités 49

CHAPITRE SEPT : **51**

CAISSES D'ÉPARGNE-SANTÉ (CES) **51**

7.1 Les CES à Singapour 51
7.2 Les CES en Afrique du Sud 53
7.3 Les CES aux États-Unis 55
7.3.1 CES du Secteur privé 55
7.3.2 Medicare Plus Choice 58
7.4 Projets de CES pour Hongkong 59
7.5 Les CES : Le Débat 60

CHAPITRE HUIT : **63**

ANALYSE COMPARATIVE **63**

8.1 Financement et protection 63
8.2 Soins primaires 66
8.3 Intégration des services de santé 67
8.4 Rôle du gouvernement 69

CONCLUSION **71**

ANNEX A **73**

LISTE DES TÉMOINS **73**

ANNEXE B **75**

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : DONNÉES COMPARATIVES, 1998 ..... **75**

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;

b) l'historique du système de soins de santé au Canada;

c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;

d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;

e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude sur l'état du régime de santé du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, C.P.
Alasdair B. Graham, C.P.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

Membres d'office du Comité :
Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé, de temps à autres, à cette étude :
Les honorables sénateurs Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal, C.P., Milne, Lawson, Léger, Losier-Cool, Rompkey, St. Germain, Stratton et Tunney.

*retraités

INTRODUCTION

En décembre 1999, durant la deuxième session de la 36e législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier l'état du système de soins de santé au Canada et d'examiner comment évolue le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé le mandat du Comité à la première session de la 37e législature. Le mandat adopté aux fins de l'étude se lit comme suit :

> *Que le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*
>
> *a) Les principaux fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
> *b) L'historique du système de soins de santé au Canada;*
> *c) Les systèmes de santé publique dans d'autres pays;*
> *d) Le système de soins de santé au Canada – pressions et contraintes;*
> *e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada*[1].

Muni de ce mandat vaste et complexe, le Comité a relancé en mars 2001 son étude pluriannuelle et polyvalente en cinq phases. Le tableau 1 présente les phases et les échéanciers.

Le présent document constitue la Phase Trois du rapport de notre étude sur les soins de santé. Conformément au mandat, le rapport examine *les systèmes de santé publics dans d'autres pays*. Plus précisément, il décrit et compare la façon que les soins de santé sont financés et dispensés dans six pays et les objectifs de la politique sanitaire nationale de ces pays. Il met en évidence les politiques qui pourraient être instructives pour le Canada.

[1] Débats du Sénat (Hansard), 2e session, 36e législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

TABLEAU 1
ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ :
PHASES ET ÉCHÉANCIER

Phases	Contenu	Échéancier (rapports)
Un	Contexte historique et aperçu	Mars 2001
Deux	Tendances : Leurs causes et leurs effets sur les coûts des soins de santé	Hiver 2001
Trois	Modèles et pratiques dans d'autres pays	Hiver 2001
Quatre	Élaboration d'un document consacré aux questions et aux options	Septembre 2001
Cinq	Audiences portant sur les questions et les options, et élaboration du rapport final et des recommandations	Automne 2001- hiver 2002

Les résultats et observations du rapport se fondent sur un examen de la documentation pertinente par les attachés de recherche du Comité, sur des études comparatives commandées avec l'aide de Santé Canada[2], sur des vidéconférences avec des responsables, des organismes et des experts sanitaires des pays étudiés, ainsi que sur des audiences publiques auprès des experts canadiens et sur l'analyse comparée des systèmes sanitaires dans le monde.

Dans ses choix, le Comité ne s'est pas limité aux pays qui ont un système semblable au nôtre. Nous avons voulu examiner plusieurs modèles, y compris ceux qui sont assez différents du nôtre et dont nous pourrons apprendre beaucoup car ils sont issus de pays engagés dans des réformes sanitaires. À cause du peu de temps à sa disposition, le Comité s'est limité aux systèmes de santé des pays suivants : Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni, États-Unis. Nous avons également revu le fonctionnement du système des caisses d'épargne-santé de plusieurs pays.

Le rapport compte huit chapitres[3]. Les chapitres un à six traitent des caractéristiques et particularités des systèmes de santé de l'Australie, de l'Allemagne, des Pays-Bas, de la Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis. Ces chapitres sont structurés de la même

[2] Deux études ont été commandées par le Comité. Ake Blomqvist, professeur d'économie à l'université Western Ontario a préparé un document sur le système de soins de santé suédois, *International Health Care Models : Sweden.* Colleen Flood, professeure à la faculté de droit, Mark Stabile, du département d'économie, et Carolyn Hughes Tuohy, du département de sciences politiques de l'Université de Toronto ont rédigé *Lessons From Away : What Canada Can Learn From Other Health Care Systems.* Ce document examine en profondeur les régimes de l'Australie, des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Grande-Bretagne et des États-Unis. Les deux études se trouvent au site Web du Comité : http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenHome.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=47 .

[3] Dans ce rapport, les témoignages reçus et parus dans les *Délibérations du Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie* ne seront indiqués que par le numéro du fascicule et de la page dans le texte.

façon et abordent les questions suivantes : responsabilité de l'État en santé; assurance-santé et protection; financement des soins; gestion et prestation; et particularités. L'information présentée dans les six chapitres est comparée à la réalité canadienne. Le chapitre sept examine les caisses d'épargne-santé établies à Singapour, en Afrique du Sud et aux États-Unis et les propositions mises de l'avant à Hong Kong. Enfin, le chapitre huit présente un examen comparatif des systèmes de soins de santé.

CHAPITRE UN :

SOINS DE SANTÉ EN AUSTRALIE

1.1 Responsabilité de l'État

Comme le Canada, l'Australie est un État fédéral. Comme au Canada, la responsabilité de la santé est partagée en Australie entre le gouvernement central (Commonwealth) et les autres paliers de gouvernement (six États et deux Territoires). En Australie cependant, le gouvernement national joue en santé un plus grand rôle qu'au Canada. Chez nous, les provinces ont une bien plus grande marge de manœuvre financière dans le domaine de la santé que le gouvernement fédéral, alors que les États et Territoires australiens dépendent largement du gouvernement du Commonwealth pour le financement de la santé. Tout comme au Canada, les gouvernements locaux (municipalités) jouent un rôle relativement modeste dans le système de soins de santé.

- Le **gouvernement du Commonwealth** établit les politiques au niveau national dans le domaine de la santé publique, de la recherche et de la gestion de l'information sanitaire. Le gouvernement national exploite *Medicare*, le régime d'assurance-santé public de l'Australie, et réglemente l'assurance-santé privée. En outre, il finance et réglemente les soins en résidence des aînés (foyers) et, conjointement avec les États et les Territoires, finance et administre certains services communautaires et à domicile. Les budgets de la santé proviennent de l'impôt général et d'une surtaxe dédiée de 1,5 % sur le revenu imposable.
- Les **gouvernements des États et des Territoires** ont la responsabilité première de la gestion et de la prestation des services de santé assurés par l'État. À ce titre, ils assurent les soins aigus et les services psychiatriques en établissement, ainsi qu'un ensemble de services de santé publique et communautaire comprenant la santé à l'école, les soins dentaires, la santé des mères et la santé des enfants. Les gouvernements des États et des Territoires sont également chargés de réglementer les soignants ainsi que d'accorder les permis et les autorisations aux hôpitaux privés. Les fonds assumés par les États et Territoires proviennent surtout des subventions du gouvernement national, de l'impôt général et des frais d'utilisation.
- Les **gouvernements locaux** sont chargés de promotion et des campagnes de prévention (comme l'immunisation) ainsi que des services touchant l'environnement (comme la désinfection et l'hygiène).

1.2 Assurance-santé et protection

En Australie, l'assurance-santé est un régime obligatoire du gouvernement national, qui fournit une protection universelle à tous les citoyens. Le régime public est plus

vaste qu'au Canada : il couvre les médecins, les hôpitaux, les médicaments d'ordonnance et certains soins communautaires et à domicile. Contrairement au Canada, des frais d'utilisation et la surfacturation sont parfois exigés dans le régime public. Le régime australien se compose de trois éléments :

- Le *Medical Benefits Scheme* (MBS) garantit l'accès aux services d'un médecin, hors des hôpitaux. Le MBS couvre une longue liste de services médicaux et précise le tarif applicable à chacun. Le MBS ne rembourse que 85 % des honoraires tarifés du médecin. En d'autres mots, les médecins australiens sont autorisés à surfacturer. Lorsque les médecins facturent directement le régime, ils acceptent que le pourcentage de 85 % constitue la totalité de leur honoraire et le patient ne paie rien. Lorsqu'ils facturent plus que le tarif prescrit, le patient doit payer la différence entre le régime et le tarif prescrit, puis réclamer un remboursement du régime ou encore obtenir du régime un chèque libellé au nom du médecin. Cependant une protection s'applique : une fois que le patient a déboursé 276 $AUD en honoraires de médecin pendant l'année (environ 269 $ CAD) il n'a pas à payer davantage. L'assurance privée n'est pas autorisée à couvrir les services médicaux déjà assurés par le régime public ou l'écart entre le régime et le tarif du médecin. Assez peu de médecins facturent les patients au-delà du 85 % de la grille du MBS[4]. La plupart des assistés sociaux et des anciens combattants, et certains autres patients, ne sont pas tenus de payer la facture supplémentaire.
- Les *Australian Health Care Arrangements* (AHCA) sont à la base du financement des services hospitaliers des États et des Territoires par le gouvernement national. Le gouvernement central verse des subventions annuelles globales qui sont renégociées aux cinq ans avec les États et les Territoires, ceux-ci garantissant en retour qu'ils n'exigeront pas de frais aux usagers pour les services hospitaliers publics. L'étendue de la protection couvrant les soins hospitaliers dépend du choix d'être un patient public ou privé. Les soins hospitaliers sont entièrement assurés aux patients publics dans les hôpitaux qui appartiennent à l'État ou au Territoire ou qui relèvent d'organismes sans but lucratif. Les patients publics ont également droit aux soins gratuits dans les hôpitaux privés qui ont passé avec l'État une entente pour les soigner. Cependant, lorsqu'une personne choisit d'être un patient privé dans un hôpital public (auquel cas il peut choisir son médecin) ou va à un hôpital privé, le gouvernement national ne défraie que 75 % du tarif prévu du médecin en milieu hospitalier. Tous les autres coûts sont défrayés par le patient. Le filet de sécurité du MBS qui vise les soins médicaux en et qui plafonne le total à payer par le patient durant une année ne s'applique pas aux soins hospitaliers assurés par le régime. L'assurance-santé privée est autorisée à couvrir la différence entre le 75 % du tarif du médecin et les frais réellement facturés. Les assureurs privés peuvent également fournir une protection supplémentaire pour la chambre d'hôpital et d'autres frais hospitaliers.
- Le *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS), qui utilise un formulaire national, offre l'accès gratuit aux médicaments prescrits hors de l'hôpital, sous réserve de

[4] On estime que 70 % des services médicaux sont facturés directement.

seuils annuels[5]. Les bénéficiaires du PBS se divisent en deux catégories : les patients généraux et les patients particuliers Les patients généraux sont plafonnés à 20,60 $AUD par ordonnance (17,10 $CAD) jusqu'à un total de 612 $AUD par an (environ 508 $CAD); au-delà, ils ne payent que 3,30 $AUD par ordonnance (2,80 $CAD). Les patients particuliers paient 3,30 $AUD par ordonnance. Une fois le plafond atteint par ces derniers (166 $AUD) les médicaments sont payés en totalité par le gouvernement national. Si l'ordonnance vise un équivalent plus coûteux d'un médicament, le remboursement peut se limiter au prix du moins cher (politique du prix minimum). L'acheteur doit payer en totalité les médicaments qui ne sont pas inscrits sur le formulaire national et ceux qui coûtent moins que le copaiement. On estime que 75 % environ de tous les médicaments prescrits en Australie sont subventionnés par le PBS.

Comme au Canada, certains services ne sont pas assurés par le régime public d'assurance-santé, comme la chirurgie esthétique et les services assurés par le régime d'indemnisation des travailleurs, mais l'assurance privée peut couvrir des services connexes et paramédicaux. (physiothérapie et podologie, par exemple), ainsi que certains aides et appareils. Cependant, contrairement au Canada, l'assurance-santé privée complète et concurrence le régime public, car les assureurs privés peuvent couvrir les mêmes services que l'État. Les Australiens peuvent ajouter un complément aux services assurés par le régime public par l'assurance privée, mais ils ne peuvent pas se retirer du régime public puisqu'ils continuent à payer leurs impôts.

Le gouvernement national est chargé de réglementer l'assurance-santé privée et exige que les primes soient établies à un taux communautaire uniforme. Cela veut dire que les assureurs privés doivent établir une grille commune pour tous les souscripteurs, peu importe leur état de santé. En d'autres mots, ils ne peuvent pas exiger une prime plus élevée à une personne présentant plus de risques, comme une personne âgée ou un malade chronique. Le taux communautaire rend l'assurance privée accessible à une plus grande partie de la population. Cela nécessite en retour un système de réassurance, destiné à permettre aux assureurs dont la clientèle comporte une grande part de personnes âgées et de malades chroniques de ne pas être désavantagés. Le gouvernement central a également instauré plusieurs incitatifs à l'achat de l'assurance-santé privée afin de lutter contre la tendance à la baisse. Dans l'ensemble, quelque 40 caisses d'assurance-santé privée opèrent en Australie.

> ***(...) l'assurance-santé en Australie repose entièrement sur le concept de la mise en commun, ce qui reflète, d'après moi, le rôle social que les gouvernements veulent lui accorder. J'entends par « concept de mise en commun » le fait qu'il n'y a pas de différence de prime en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé ou du risque de santé possible. La seule restriction, c'est un délai de 12 mois pour toute affection préexistante avant l'inscription au régime. À la fin de ce délai de 12 mois, les prestations s'appliquent pleinement à cette affection préexistante et à tout trouble qui se développe à la suite de l'inscription au régime. Vous pouvez constater que le régime d'assurance-santé privé australien comporte un volet social très fort et travaille de pair avec le régime public.***
>
> ***Russell Schneider, président-directeur général, Australian Health Insurance Association (21:5)***

[5] Comme au Canada, les médicaments d'ordonnance sont fournis gratuitement dans les hôpitaux publics.

1.3 Financement des soins

Comme au Canada, environ 70 % des dépenses totales de soins de santé sont financées par l'État (46 % par le gouvernement national et 24 % par les États et les Territoires) et 30 % sont financées par le secteur privé (voir annexe). Le gouvernement national finance une plus grande part des dépenses qu'au Canada. Le gouvernement du Commonwealth est le premier assureur des médicaments d'ordonnance et des services médicaux; il finance également la moitié des dépenses des hôpitaux.

Le régime public d'assurance-santé de l'Australie est financé en grande partie par l'impôt général, et notamment par une surtaxe nationale dédiée, calculée à 1,5 % du taux de base au-delà d'un certain seuil de revenu imposable. Ceux qui ne paient aucun impôt ne paient pas cette surtaxe, mais jouissent des pleins avantages du régime public. Les contribuables au revenu élevé qui ne sont pas protégés par une assurance-santé privée ajoutent 1 % de plus de leur revenu imposable à la surtaxe. La surtaxe de l'assurance-santé représente environ 27 % du financement du régime par le gouvernement national et 8 % des dépenses totales de soins de santé en Australie.

Le gouvernement national finance le régime de trois façons : 1) en subventionnant les médicaments d'ordonnance, les services médicaux privés et les services d'optométrie; 2) en subventionnant les États et les Territoires pour la prestation des services; 3) en versant des sommes ciblées aux gouvernements des États et des Territoires et à d'autres organismes. Les États et les Territoires complètent leur budget de santé en prélevant leur propre impôt.

Les soins destinés aux personnes âgées en foyer sont financés par le gouvernement national au moyen de subventions versées aux fournisseurs de service, selon le niveau et le type de soins requis. Les soins communautaires visant les personnes âgées en mauvaise santé et les handicapés sont financés conjointement par le gouvernement national et celui de l'État ou du Territoire.

Environ 25 % du budget des États et des Territoires va à la santé, et environ 69 % des fonds sont versés aux hôpitaux publics.

1.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des médecins australiens travaillent à leur compte. La plupart des soins primaires fournis par les généralistes de pratique privée sont payés à l'acte. Une petite part des médecins sont salariés, à l'emploi du gouvernement national, de celui de l'État ou du Territoire ou d'une administration locale. Les généralistes qui donnent des soins de première ligne « protègent » l'accès aux spécialistes qu'on ne consulte que sur référence.

Les hôpitaux sont publics ou privés. Les hôpitaux publics dominent : ils ont été soit établis par le gouvernement de l'État ou du Territoire, soit fondés par des organismes de charité ou des communautés religieuses, mais ceux-ci sont aujourd'hui financés directement par le gouvernement (hôpitaux privés sans but lucratif). Les spécialistes des hôpitaux publics sont soit salariés, soit payés à la séance. Les spécialistes salariés travaillant dans les hôpitaux publics

peuvent traiter certains patients dans ces hôpitaux à titre de patients privés, en facturant leur honoraire au patient et en versant une partie de ce revenu à l'hôpital.

Un petit nombre d'hôpitaux privés lucratifs construits et administrés par des entreprises privées fournissent des services publics en vertu d'ententes avec le gouvernement de l'État ou du Territoire. Cependant, les lits destinés aux soins les plus aigus et les cliniques externes d'urgence se trouvent dans les hôpitaux publics.

Les hôpitaux privés fournissent généralement des soins non urgents et moins complexes, comme la chirurgie élective simple, mais offrent de plus en plus des soins complexes utilisant la haute technologie. Comme les hôpitaux publics, certains établissements privés offrent la chirurgie d'un jour et d'autres interventions chirurgicales sans hospitalisation. Les hôpitaux publics et privés ne sont pas parfaitement équivalents : les établissements qui traitent des accidents et des urgences, de même que ceux qui offrent des soins complexes sur le plan technique et hautement spécialisés, demeurent concentrés dans le secteur public.

Une part importante des autres professionnels de la santé sont également travailleurs autonomes. En outre, de nombreux services indépendants de pathologie et d'imagerie diagnostique sont exploités par les médecins.

1.5 Particularités

L'Australie ressemble beaucoup au Canada : même système de gouvernement, grande superficie et mêmes résultats en matière de santé. La part des soins défrayés par l'État est la même, environ 70 % (voir annexe), Cependant, l'Australie dépense un plus faible pourcentage de son PIB en santé (8,5 %) que le Canada (9,5 %). L'assurance-santé publique en Australie constitue un seul régime national, alors que le système canadien est un amalgame des régimes des provinces et des territoires. En Australie, le gouvernement national joue un plus grand rôle en santé que son vis-à-vis canadien; il est plus susceptible de prendre des mesures unilatérales lors de réformes.

> ***Notre régime est semblable à celui du Canada. Le pourcentage du PIB consacré à la santé est un peu inférieur au vôtre et s'élève à 8,5 %. La relation entre le gouvernement fédéral et les gouvernements d'État en matière de santé est plus complexe : le gouvernement fédéral paie les services médicaux et les médicaments de façon directe et les États, comme les provinces canadiennes, s'occupent de l'administration des hôpitaux. Le gouvernement du Commonwealth transfère des montants considérables au gouvernement d'État, contrairement à des situations chez vous où les provinces doivent assurer leur propre financement. Notre secteur privé est beaucoup plus grand que celui du Canada et nous avons un régime d'assurance privé important qui est solidement appuyé par le gouvernement sur le plan financier et politique et qui soutient notre système d'assurance-santé. Ce régime finance notamment un réseau très vaste d'hôpitaux privés.***
>
> ***Par rapport aux autres pays, le crois que les similitudes sont plus grandes que les différences.***
>
> ***Dr. Richard Madden, directeur, Australian Institute of Health and Welfare (21:4)***

Essentiellement, le régime australien diffère du régime canadien par les éléments suivants : 1) la protection offerte par l'assurance publique est beaucoup plus large; 2) les frais d'utilisation et la surfacturation des services assurés par l'État sont des sources de revenu non

fiscales du système; 3) l'assurance privée complète et concurrence la protection de l'État. La protection plus large du régime australien est peut-être due à la volonté de recourir à des frais d'utilisation et à la surfacturation et à permettre l'assurance privée.

En Australie, le gouvernement du Commonwealth exploite le régime national d'assurance-médicaments, le PBS. On estime que le PBS a réussi à contenir le coût des médicaments d'ordonnance de plusieurs façons. D'abord, depuis 1993, le PBS n'inscrit pas un médicament sur son formulaire à moins de recevoir une évaluation positive en matière de sûreté, de qualité, d'efficacité et d'économie. Deuxièmement, on facture des frais plus élevés aux usagers pour les médicaments de marque lorsqu'une copie générique se vend moins cher. Troisièmement, un mécanisme de prix de référence garantit que le gouvernement ne rembourse que jusqu'à concurrence du prix du médicament le moins cher qui est l'équivalent thérapeutique du médicament prescrit.

Dans l'ensemble, le PBS subventionne environ 75 % de toutes les ordonnances en Australie, et le remboursement moyen est de 57 % du prix de l'ordonnance. Selon Colleen Flood, professeure de droit à l'Université de Toronto, même s'il s'agit d'une contribution importante des patients, elle se fait dans le cadre d'un système national cohérent qui garantit l'accès à ceux pour qui le prix serait un obstacle[6].

En Australie, les médecins peuvent surfacturer. Par conséquent, ils ne sont pas inféodés à la rémunération de l'État. Ils peuvent facturer les patients les honoraires de leur choix, au-delà du tarif prévu. Pour cette raison, ils ont accepté un niveau de rétribution par l'État bien inférieur à ceux des médecins canadiens.

En Australie, on peut obtenir de l'assurance privée pour couvrir : 1) la partie du coût des services médicaux qui n'est pas assurée par l'État, dans les hôpitaux publics et privés pour les patients privés; 2) les coûts hospitaliers facturés aux patients privés dans les hôpitaux publics ou privés. Cependant, l'assurance privée est interdite pour les soins médicaux rendus hors des hôpitaux. On a affirmé que cette interdiction a eu des effets pervers (voir plus loin).

Le gouvernement national encourage fortement les Australiens à souscrire une assurance privée. Plus précisément, il offre aux détenteurs d'assurance privée une subvention égale à 30 % du coût de la police d'assurance. Ce rabais est offert à tous, peu importe le revenu, à titre de crédit d'impôt remboursable à 30 %. Ce rabais représente en moyenne 800 $A en économies annuelles (environ 600 $CAD). Le gouvernement national a pour objectif que le tiers de la population détienne une assurance privée.

Depuis juillet 2000, la loi qui prévoit le rabais de 30 % stipule que la compagnie d'assurance privée doit offrir des polices sans écart entre le tarif prévu pour les services médicaux dans la loi et la facture du médecin. Cette disposition vise à réduire les écarts et à faire connaître la surfacturation aux patients. Avant cette réforme, l'assurance privée ne couvrait que les tarifs médicaux prévus dans la loi, et la facture réelle pouvait être beaucoup plus élevée : deux patients pouvaient recevoir le même traitement et le patient privé recevrait une facture

---

[6] Colleen Flood, *Profiles of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the UK, and the US*, 30 avril 2001, p. 12.

considérable non remboursée par l'assurance privée, tandis que le malade assuré par l'État ne voyait jamais de facture[7].

En juillet 2000, on a introduit l'assurance-santé privée à vie. Elle permet aux personnes de 30 ans ou moins qui souscrivent une assurance-santé privée de payer leur prime moins cher pendant toute leur vie que ceux qui souscrivent plus tard. Au-delà de 30 ans, la prime augmente de 2 % par année pendant laquelle la personne tarde à se joindre. Cette mesure devrait réduire la prime et encourager les jeunes en santé à contracter de l'assurance privée, et à décourager les gens de prendre de l'assurance avant un traitement et à résilier leur police après.

Selon Carolyn Hughes Tuohy, professeure en sciences politiques de l'Université de Toronto, il n'est pas évident qu'une subvention considérable de l'État à l'assurance-santé privée utilise efficacement les fonds publics. Elle propose de diriger une somme équivalente vers le traitement public dans les hôpitaux publics[8].

Durant les audiences, le Dr Roger Kilham, de l'Association médicale australienne, a laissé entendre que l'assurance privée pour les services hospitaliers en Australie a entraîné un rationnement dans le système public, avec un temps d'attente plus long, et du resquillage :

> *(...) il y a plus de rationnement dans le secteur public et [...] l'accès y est limité. Il est très courant de rencontrer quelqu'un qui a attendu cinq ans pour se faire remplacer la hanche ou même plus longtemps pour se faire remplacer le genou. Il y a beaucoup de rationnement dans le secteur public : chez nous, nous appelons l'assurance privée une « assurance-resquillage ». Autrement dit, elle vous fait gagner des places. Voilà pourquoi elle est appréciée par les gens : ils savent qu'ils peuvent avancer plus vite que les autres, dans la mesure où ils en ont les moyens financiers*[9].

On a débloqué des fonds publics pour lutter contre l'allongement des listes d'attente. Selon Russel Schneider, PDG de l'*Australian Health Insurance Association*, cela n'a pas réglé le problème :

> *Les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont un problème politique dont l'importance est variable. Les gouvernements ont tenté de résoudre le problème en injectant plus de ressources financières dans le secteur public, mais la tendance semble être la même partout ailleurs dans le monde. On met plus d'argent, mes les listes d'attente ne diminuent pas. Tout ce que cela permet de faire, c'est d'inscrire sur la liste des gens qui ne s'y trouvaient pas auparavant*[10].

Ces propos ont été repris par le Dr Roger Kilham :

---

[7] Jane Hall, « Incremental Change in the Australian Health Care System, » *Health Affairs*, mai-juin 1999, p. 95-110.
[8] Carolyn Hughes Tuohy, *The Political Economy of Health Care Reform: A Cross-National Analysis*, 30 avril 2001.
[9] Dr Roger Kilham (21:8).
[10] Russel Schneider (21:33).

D'après notre expérience, chaque fois que le gouvernement de l'État annonce un programme pour réduire les périodes d'attente, les listes d'attente ne font que s'allonger. Puisque le système permet de passer du système public au privé et de revenir au public, chaque fois que le gouvernement annonce qu'il dépensera plus d'argent pour réduire les listes d'attente, les attentes quant au service dans le secteur privé deviennent plus élevées et les gens s'inscrivent alors sur les listes d'attente du secteur public. En réalité, les programmes visant à réduire les périodes d'attente ne fonctionnent pas; ils ne font qu'augmenter le nombre de clients du secteur public[11].

M. Russel Schneider a également indiqué que le fait de restreindre l'assurance privée au service hospitalier a un effet pervers :

L'une des difficultés provient du fait que tous les traitements médicaux subis en dehors d'un hôpital sont financés à même une source unique, c'est-à-dire par le gouvernement, et peut-être aussi par un paiement pour les soins aux patients. L'assurance-santé ne s'applique pas aux traitements médicaux obtenus en dehors d'un hôpital.

Cela peut mener à des incitatifs absurdes au sein du système, car tant du point de vue du médecin que de celui du patient, le niveau de remise pour un service donné sera plus élevé si ce service est rendu dans un établissement hospitalier, que si le même service est rendu en dehors de l'hôpital. C'est probablement une critique qu'on pourrait formuler au sujet de notre système.

Il en découle aussi qu'il est difficile pour les assureurs d'essayer de limiter efficacement les coûts en contribuant aux interventions de soins primaires, ou traitement de soins primaires, pour la population. Par conséquent, il existe une imperfection dans le système. Ce que je dis suscite beaucoup de controverse politiquement, mais nous aurions un bien meilleur système de soins de santé si nous pouvions réorienter les énergies du secteur privé et du secteur public vers des interventions de soins primaires, plutôt que vers le financement de services hospitaliers coûteux, la haute technologie, auxquels sont limités les assureurs pour le moment[12].

---

[11] Dr Roger Kilham (21:33).
[12] Russel Schneider (21:10).

CHAPITRE DEUX :

SOINS DE SANTÉ EN ALLEMAGNE

2.1 Responsabilité de l'État

L'Allemagne est une république fédérale composée d'un gouvernement national (fédéral) et de celui de 16 États (les *länder*). Le pouvoir de décision en matière de santé est partagé entre les deux paliers de gouvernement[13] :

Le **gouvernement fédéral** réglemente le système de soins de santé au niveau national. La politique sanitaire nationale repose sur les principes du système de sécurité sociale allemand, le modèle Bismarck. Le gouvernement fédéral a le pouvoir de réglementer les caisses-maladie (décrites plus loin) et l'assurance-santé privée. Il est également chargé de la politique des soins à long terme ainsi que de celle des prix de référence pour les médicaments d'ordonnance.

Les **länder** assurent la prestation des soins. Ils possèdent beaucoup d'hôpitaux, tout comme les administrations locales et les organismes de charité. Ils sont chargés d'entretenir toute l'infrastructure hospitalière de leur territoire, peu importe qui est propriétaire de l'hôpital. Les länder ont le pouvoir de financer les études médicales et supervisent les professionnels de la santé. Ils sont également chargés de la santé publique, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

2.2 Assurance-santé et protection

L'assurance-santé repose en Allemagne sur trois régimes différents : 1) les caisses-maladie; 2) l'assurance-santé privée; 3) la protection de l'État fédéral pour les militaires, les policiers et les assistés sociaux.

En Allemagne, le régime public d'assurance-santé est administré par quelque 453 caisses-maladie. Ce sont des organismes privés sans but lucratif à clientèle régionale ou professionnelle. Il est obligatoire d'appartenir à une caisse pour les salariés qui touchent un revenu brut inférieur à 77 400 DM (en 2000) soit environ 63 000 $ CAD; l'affiliation est est facultative pour ceux qui touchent davantage. La caisse protège ses membres, leur conjoint et leurs dépendants. Même si toutes les caisses-maladie sont régies au niveau fédéral par le « code social » elles sont essentiellement opérées par des représentants syndicaux et patronaux[14].

La loi nationale permet aux caisses-maladie de hausser les cotisations de leurs membres et d'en déterminer le taux. Les cotisations sont fonction du revenu imposable et sont payées par le salarié et l'employeur à part égale. En 2000, les membres des caisses-maladie et

[13] Après la réunification en 1990, le régime de soins de santé de l'ex-République démocratique allemande a été réformé pour correspondre à celui de la république fédérale d'Allemagne.

[14] Les caisses-maladie sont des organismes privés sans but lucratif mais ils sont réglementés par l'État au point qu'on doit les considérer plus justement comme des organes quasi-étatiques.

leurs employeurs étaient tenus de cotiser conjointement 13,5 % du revenu brut en moyenne (soit 6,75 % chacun). En deçà d'un certain seuil de revenu, seul l'employeur cotise[15].

La protection du régime est beaucoup plus grande en Allemagne qu'au Canada. En fait, l'assurance-santé de l'Allemagne est l'une des plus complète au monde. Les caisses-maladie sont tenues par le code social d'assurer : les services médicaux, les services hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, les services de diagnostic, les soins dentaires, les soins de réadaptation, les appareils médicaux, la psychothérapie, les soins infirmiers à domicile, les soins offerts par des non-médecins (physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, etc.) et le soutien au revenu durant les congés de maladie[16].

Contrairement au Canada, on peut exiger des frais d'utilisation pour les soins assurés par le régime public. En 2000, ces frais, dont le niveau est établi par la loi nationale, s'appliquaient aux éléments suivants :

> *[...] le système de soins de santé légalement constitué en Allemagne fait partie du système de sécurité sociale de notre pays. Il fonctionne selon le même principe que le régime de pension et le régime d'assurance-chômage. C'est donc dire que son financement se fait avec des cotisations. Les taux de cotisations sont partagés en parts égales entre les employés et les employeurs. Lorsqu'une personne prend sa retraite, sa cotisation est versée par le régime de pension. Notre système se finance sans les impôts. Il fonctionne avec des cotisations. C'est là un point très important. C'est un système légiféré, mais il n'est pas exploité par le gouvernement. En ce sens, il diffère du régime de soins de santé nationale typique.*
>
> *Ce système est financé par les caisses-maladie. Celles-ci ne sont pas exploitées par le gouvernement. Elles sont exploitées par des entreprises privées. Je les décrirais comme des institutions sans but lucratif qui fonctionnent sous le régime d'une loi fédérale, mais ont leur propre taux de cotisation.*
>
> *Georg Baum, directeur général, Chef du Conseil d'administration, Soins de santé, ministère de la Santé de l'Allemagne (20:5).*

- médicaments d'ordonnance (entre 2 et 8 DM, soit 7 $ à 8 $ CAD selon la quantité, ou 100 % du prix au-dessus du prix de référence);
- soins dentaires (paiement de coassurance variant entre 35 % pour certains services à 50 % pour les couronnes et les dentiers, selon le cas);
- l'hospitalisation (17 DM ou 14 $ CAD par jour);
- les services de réadaptation (17 DM ou 14 $ CAD par jour);
- le transport ambulancier (25 DM ou 20 $ CAD par voyage).

Le frais d'utilisation sont soumis à un seuil annuel au-delà duquel les cotisants à une caisse-maladie sont exemptés des frais. Certaines personnes sont toujours exemptées des frais : personnes à faible revenu, bénéficiaires de l'assurance-chômage ou de l'aide sociale, enfants et malades chroniques.

---

[15] Dans le cas des retraités et des chômeurs, la caisse de retraite et la caisse d'assurance-chômage assument le rôle financier de l'employeur.

[16] Des psychologues spécialisés en psychothérapie sont devenus membres des associations de médecins et n'ont donc plus le statut de non-médecins.

L'assurance privée est accessible aux personnes dont le revenu brut annuel dépasse 77 400 DM (63 000 $ CAD) et qui se sont volontairement retiré de la caisse-maladie. À l'heure actuelle, 52 compagnies privées offrent l'assurance-santé. Comme, en temps normal, il n'est pas permis aux gens de réintégrer une caisse-maladie après avoir opté pour l'assurance privée, les assureurs privés sont tenus d'offrir les mêmes avantages que la caisse-maladie, pour une prime qui n'est pas supérieure à la contribution maximale moyenne à la caisse. Cependant, les primes de l'assurance privée sont reliées au risque et reflètent les antécédents médicaux de l'assuré (contrairement à l'assurance privée australienne où les primes sont uniformisées au taux communautaire). En outre, contrairement à la caisse-maladie, les assureurs privés exigent des primes distinctes pour assurer les conjoints et les dépendants.

La couverture de l'assurance privée est également offerte aux travailleurs autonomes qui sont exclus des caisses-maladie. Les assureurs privés protègent également les fonctionnaires qui sont exclus *de facto* de la participation aux caisses-maladie car leurs frais de soins de santé sont remboursés à 50 % par l'État fédéral (l'assurance privée couvre le solde). Enfin, l'assurance privée peut offrir une protection supplémentaire aux cotisants aux caisses-maladie, qui n'ont pas légalement le droit d'offrir cette protection supplémentaire.

Au total, 80 % des Allemands sont couverts par une caisse-maladie : 74 % des Allemands sont membres obligatoires ou dépendants, tandis que 14 % sont des membres volontaires ou dépendants. Quelque 9 % des Allemands sont couverts par l'assurance privée; il s'agit surtout de personnes à revenu élevé. 2 % des Allemands sont assures par l'État (policiers, militaires, etc.). Moins de 1 % de la population ne bénéficie d'aucune assurance-santé (selon les témoignages, il s'agit généralement de travailleurs autonomes qui ont décidé de ne pas souscrire à une assurance privée).

2.3 Financement des soins

La part de l'État dans le total des dépenses de soins de santé est plus élevée en Allemagne (75 %) qu'au Canada (70 %). En Allemagne, le secteur privé assure le reste (voir annexe).

Les cotisations aux caisses-maladie constituent la principale source de financement des soins de santé en Allemagne (70 %). Les frais d'utilisation payés par les patients accaparent 12 %, tandis que le reste des fonds provient de l'impôt général (7 %), de l'assurance-santé privée (7 %) et de diverses sources (4 %)[17]. L'impôt général rembourse une partie des frais de soins de santé des fonctionnaires, des assistés sociaux et des caisses des agriculteurs.

2.4 Gestion et prestation

En Allemagne, un organe national, le Conseil consultatif pour la concertation en santé, établit les directives relatives au taux de croissance des dépenses de soins de santé. Il faut en tenir compte pour établir la rémunération des médecins et le budget des hôpitaux.

[17] Données sur la santé de l'OCDE (2000).

Les soins primaires sont presque essentiellement le fait des médecins en cabinet. La majorité des médecins pratiquent seuls : seulement 25 % partagent leur cabinet. Les patients sont libres de choisir le médecin de leur choix, affilié à leur caisse-maladie. Les médecins allemands n'agissent pas comme intermédiaires entre le patient et les spécialistes : les patients peuvent consulter directement des spécialistes qui pratiquent hors des hôpitaux. Par conséquent, les spécialistes comme les généralistes donnent des soins primaires. Cependant, les médecins de soins primaires contrôlent l'accès aux soins hospitaliers.

Les médecins du secteur des soins primaires sont payés à l'acte. Au début de chaque année, dans chaque Land, les caisses-maladie et les associations médicales régionales négocient une enveloppe globale de rémunération. Par la suite, les associations médicales partagent ce total selon une grille de valeur uniforme. Cette grille énumère tous les services médicaux offerts par les médecins et pondèrent chaque service. À la fin de chaque trimestre, les médecins facturent leur association pour les services rendus. Cependant, les médecins ne savent pas exactement combien ils gagnent car la valeur pécuniaire de chaque service peut diminuer s'ils donnent trop de soins dans une catégorie donnée. Le médecin n'a pas le droit de surfacturer un patient assuré par une caisse-maladie.

Les caisses-maladie et les assureurs privés utilisent la même échelle pour rémunérer les médecins de soins primaires, mais l'un et l'autre pondèrent différemment les soins. En général, les assureurs privés procurent une rémunération plus élevée pour les mêmes services que les caisses. Cependant, les médecins qui traitent des patients couverts par une assurance privée ne sont pas soumis au plafond budgétaire des caisses. Par conséquent, ils obtiennent plus lorsqu'ils traitent des patients qui souscrivent une assurance privée.

Il y a quelque 2 030 hôpitaux généraux en Allemagne : environ 790 (39 %) appartiennent à l'État, 820 (40 %) à un organisme privé sans but lucratif et 420 (21 %) sont privés et lucratifs. Les Länder élaborent tous les « plans hospitaliers », qui fixent combien il faut d'hôpitaux dans chaque région. Pour chaque hôpital, on fait la liste des spécialités nécessaires, et du nombre de lits par spécialité.

Les Länder gèrent les investissements d'immobilisation dans le secteur hospitalier, tandis que les caisses et les assureurs privés financent les frais d'exploitation des hôpitaux. Avant les années 90, le financement des hôpitaux par les caisses passait par des frais de séjour uniformes pour un hôpital donné et indépendant du diagnostic, de la quantité des soins ou de la durée du séjour du patient. Les taux variaient d'un hôpital à l'autre selon leur taille et leur structure, et donc en fonction de la gamme de soins dispensés. Par conséquent, les frais généraux de séjour entraînaient des transferts de fonds considérables d'un département à l'autre dans l'hôpital.

Dans les années 90, le gouvernement fédéral a apporté plusieurs changements au financement des hôpitaux. Celui-ci se compose actuellement de trois volets :1) des frais de séjour du patient, couvrant normalement le gîte et le couvert; 2) une indemnisation particulière à chaque département pour les ressources supplémentaires qui y sont dépensées; 3) une rémunération forfaitaire pour les traitements spécialisés (oncologie, greffe, etc.)[18].

[18] Ce système est semblable aux groupes reliés au diagnostic en place aux États-Unis (voir chapitre 6).

Les médecins à l'emploi des hôpitaux publics sont à salaire. Les hôpitaux sans but lucratif et leurs médecins sont dans la même situation que les hôpitaux de l'État. Les dispositions sont un peu différentes dans les hôpitaux à but lucratif. Les médecins y sont payés à l'acte selon une grille établie par le gouvernement fédéral. Une partie du traitement du médecin de l'hôpital commercial est versée à l'établissement.

Comme en Australie, la loi fédérale prévoit le remboursement des médicaments d'ordonnance en fonction d'un prix de référence, par les caisses-maladie. Les prix de référence font l'objet d'une ordonnance du ministre fédéral de la santé. Pour limiter le prix des médicaments, le gouvernement fédéral a déposé en 1996 la liste des médicaments exclus. On envisage d'établir une liste positive des médicaments remboursables (formulaire national).

2.5 Particularités

Le système de soins de santé de l'Allemagne ressemble beaucoup à celui des Pays-Bas (voir chapitre 3), mais diffère beaucoup du régime canadien. D'abord, l'assurance-sociale (basée sur les cotisations de l'employeur et du salarié en fonction du revenu) constitue la principale source de financement des soins, plutôt que l'impôt général comme au Canada. Deuxièmement, le revenu généré par ces cotisations n'est pas géré par l'État, mais par les caisses-maladie. Troisièmement, la couverture de l'assurance-santé publique est plus complète en Allemagne qu'au Canada. Quatrièmement, le régime public allemand autorise des frais d'utilisation pour divers services assurés, ce qui est interdit au Canada. Enfin, l'assurance privée joue un rôle plus important en Allemagne.

La privatisation est un autre aspect important du régime de soins de santé allemand. Comme au Canada, les médecins ont leur propre cabinet et les pharmacies sont également privées. Le secteur hospitalier allemand combine des hôpitaux d'État, des hôpitaux privés sans but lucratif et des hôpitaux privés commerciaux. Comme en Australie et contrairement au Canada, l'assurance-santé privée coexiste avec les caisses-maladie établies dans la loi.

Trois éléments du régime de soins de santé allemand sont particulièrement intéressants : la concurrence entre les caisses-maladie; l'absence d'intégration entre les soins de première ligne et les hôpitaux : enfin, l'introduction dans la loi, en 1994, de l'assurance obligatoire pour les soins à long terme.

> ***Un système de répartition financière par péréquation est appliqué aux caisses-maladie. Grâce à cet instrument, nous sommes capables d'équilibrer les cotisations de façon à les rendre plus égales. À l'heure actuelle, nous déployons des efforts supplémentaires pour mettre sur pied un système plus perfectionné pour la répartition de l'argent entre les caisses-maladie. Nous avons quatre facteurs. Il s'agit du revenu, qui est l'un des aspects de la répartition de l'argent; le sexe, homme ou femme; le nombre de personnes assurées par un cotisant – nous avons le système familial, et l'âge. Ce sont là les quatre facteurs pertinents pour qu'une caisse-maladie puisse verser de l'argent dans une autre caisse-maladie.***
>
> ***Georg Baum, directeur général, Soins de santé, ministère de la Santé de l'Allemagne, (20:18)***

2.5.1 Concurrence entre les caisses-maladie

Auparavant, les Allemands ne pouvaient choisir leur caisse-maladie: ils étaient assignés à celle qui correspondait à

leurs caractéristiques géographiques ou professionnelles. La répartition déterminée des caisses entraînait des écarts considérables dans les taux de cotisation, à cause des différences de revenu et de profils de risque de la clientèle. Depuis 1996 cependant, les membres d'une caisse-maladie régionale ou professionnelle ont le choix d'opter pour une autre caisse. Pour garantir des conditions uniformes, le gouvernement fédéral a également créé la même année un système de péréquation qui exige des caisses-maladie qu'elles uniformisent les écarts entre les taux de cotisation (fonction des revenus) et leurs dépenses (dues à l'âge et au sexe). Le libre choix de la caisse et le régime de péréquation de la structure de risque ont conduit des gens à changer de fonds passant de ceux où la cotisation est supérieure à la moyenne à ceux où elle est inférieure, ainsi qu'à un rétrécissement de l'écart entre les taux de cotisation.

2.5.2 Absence d'intégration

Avant 1993, les médecins de soins primaires ne pouvaient pas traiter des patients hospitalisés; pour leur part, les hôpitaux ne pouvaient pas offrir de chirurgie et avoir de cliniques externes, réservés aux généralistes, spécialistes ou dentistes. Les hôpitaux allemands devaient se concentrer sur les soins aux malades hospitalisés. Cela donnait lieu à beaucoup d'inefficacité, comme le dédoublement de l'équipement technique et la répétition des tests diagnostics.

Depuis, les hôpitaux allemands peuvent offrir des soins ambulatoires ou ouvrir des cliniques externes. En outre, généralistes et spécialistes ont maintenant accès à certains lits d'hôpitaux pour y effectuer des traitements. Il est plus facile aux médecins qui prodiguent des soins ambulatoires de soigner des malades hospitalisés et plus facile d'acheter conjointement de l'équipement technique coûteux.

2.5.3 Soins à long terme

Par le passé, les soins à long terme en Allemagne n'étaient offerts que dans les hôpitaux. Par conséquent, des gens étaient parfois hospitalisés pour des raisons non médicales. Pour rectifier cette situation, le gouvernement fédéral a déposé en 1994 un projet de loi sur l'assurance-santé à long terme. Tous les cotisants des caisses-maladie, et ceux qui reçoivent une protection complète de l'assurance privée ont été déclarés automatiquement membres du régime d'assurance-santé à long terme, administré à la fois par les caisses et par les assureurs privés. Les membres et leurs employeurs doivent verser ensemble 1,7 % du revenu mensuel brut (soit 0,85 % chacun).

Toute personne admissible aux soins infirmiers a le choix entre le soutien financier aux soins donnés par des proches et les services professionnels à titre de prestation en nature. En outre, les personnes qui prodiguent des soins à leurs proches à la maison peuvent suivre des cours de formation gratuitement et sont assurées contre les accidents, contre l'invalidité et pour la vieillesse. Pour les personnes qui nécessitent des soins infirmiers en établissement à long terme, on offre les avantages des cliniques de jour ou de nuit, ainsi que les soins en établissement pour personnes âgées ou en foyer spécial.

CHAPITRE TROIS :

SOINS DE SANTÉ AUX PAYS-BAS

3.1 Responsabilité de l'État

Les Pays-Bas ont un gouvernement unitaire[19]. Cependant, c'est un pays très décentralisé qui compte 12 provinces et 646 municipalités. Chaque province dispose de son propre organe représentatif et détient des responsabilités dans beaucoup de domaines. Cependant, leur rôle est relativement limité en matière de santé. La politique sanitaire des Pays-Bas est en grande partie monopolisée par le gouvernement national[20]. La situation diffère donc de celle Canada, où la responsabilité des soins est partagée entre le fédéral et les provinces.

Le gouvernement national des Pays-Bas assume plusieurs aspects des soins de santé, sur lesquels il exerce un contrôle financier. Contrairement au Canada, la contribution financière du gouvernement par le biais de l'impôt général est relativement faible, comptant pour moins de 10 % du total des dépenses de soins de santé[21]. Comme en Allemagne, la majeure partie des fonds publics alloués à la santé aux Pays-Bas provient du système d'assurance-sociale auquel cotisent les employés et leur employeur.

Le gouvernement néerlandais réglemente le régime de soins de santé au pays. Entre autres choses, il exige que certains groupes acquièrent de l'assurance, réglemente étroitement les assureurs pour s'assurer qu'ils ont une stabilité financière, contrôle les négociations entre les acheteurs et les fournisseurs, et établit un budget cible qui indique sa volonté à toutes les parties qui dépensent en soins santé.

> ***Les Néerlandais ont un État unitaire, et ils n'ont pourtant aucune prestation directe de services. Ce qu'ils ont – et pas seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans tous les autres secteurs très stratégiques –, c'est un organisme directeur. En fait, même lorsqu'on utilise le terme « contrôle », on peut certes dire que l'État dirige les comportements et peut imposer des pénalités, mais on n'a pas l'impression d'un contrôle intransigeant parce qu'une grande part de persuasion a été intégrée au système. (...), si le gouvernement remarque une modification des tendances, il en examinera les répercussions avant d'établir une façon de la modifier.***
>
> ***Dr James Björkman, Institut international d'études sociales des Pays-Bas (15:19)***

3.2 Assurance-santé et protection

Aux Pays-Bas, le système de soins de santé ressemble à celui de l'Allemagne; il est donc très différent du système canadien. Il n'existe pas un régime unique d'assurance-santé publique qui protège toute la population comme au Canada, mais plutôt un mélange de régimes

---

[19] Les Pays-Bas sont une monarchie constitutionnelle avec constitution écrite (révisée la dernière fois en 1983). Le pouvoir exécutif relève de la Couronne tandis que le pouvoir législatif appartient à la fois à la Couronne et aux deux chambres du Parlement.

[20] Maarse, J. A. M. (Hans), "The Health System of the Netherlands" in *Health Care and Reform in Industrialized Countries* (University Park, Penn.: The Pennsylvania State University Press, 1997), pp. 135-36.

[21] Ministry of Health, Welfare and Sport, *Health Care Insurance in the Netherlands*, July 2000, p. 7.

public, social et privé. Chaque Néerlandais a un accès garanti à l'assurance-santé, bien que certains (travailleurs à revenu élevé) ne sont pas tenus de l'acheter (mais rares sont ceux qui ne le font pas). Contrairement au Canada, les frais d'utilisation ne sont pas considérés comme un obstacle à l'accès aux soins et peuvent être exigés au point de service.

Aux Pays-Bas, on distingue entre « soins médicaux normaux » d'une part et soins à long terme ou traitements très coûteux au « coût exceptionnel » d'autre part, où le risque dépasse les moyens du patient ou de l'assurance privée. Plus précisément, il y a trois catégories d'assurance-santé :

3.2.1 Assurance des soins médicaux normaux

La première catégorie d'assurance-santé couvre les soins médicaux normaux. Il s'agit de tous les traitements médicaux et chirurgicaux effectués par les généralistes et les spécialistes, de certains soins dentaires et des médicaments d'ordonnance. La couverture des dépenses médicales normales provient de divers régimes d'assurance-santé, certains d'État, d'autres privés (et volontaires). Plus précisément, il existe trois formes d'assurance pour les dépenses médicales normales :

1. La couverture publique, régie par la *Loi nationale de l'assurance-santé*, est administrée par des caisses-maladie. Les caisses-maladie sont des institutions privées sans but lucratif qui couvrent tous les travailleurs gagnant moins que 64 600 florins en l'an 2000 (42 000 $CAD). Les salariés doivent obligatoirement appartenir à une caisse-maladie et plus de 64 % de la population néerlandaise y participe actuellement. Le salarié et son employeur versent une prime dont le maximum est fixé par règlement. Les patients doivent également verser des frais d'utilisation pour les soins assurés par leur caisse-maladie, jusqu'à un plafond annuel de 200 florins (130 $CAD). Il existe plus de 24 caisses-maladie. À l'origine, elles étaient régionales, mais à la suite des réformes entreprises depuis 15 ans, chaque caisse dessert tout le pays et les Néerlandais peuvent choisir celle à laquelle ils souhaitent appartenir. Les caisses sont en concurrence pour les membres. Comme en Allemagne, la caisse paie directement les soignants un tarif convenu pour les soins donnés, de sorte que les membres d'une caisse n'ont pas à débourser d'argent lorsqu'ils vont voir le médecin (sauf pour payer les frais d'utilisation au besoin).

2. Les personnes qui gagnent un revenu supérieur au plafond prescrit ont la possibilité de souscrire une assurance privée, ce que font la plupart d'entre eux (31 % de la population néerlandaise). Ceux qui ont une assurance privée n'ont pas à payer de cotisation en fonction de leur revenu pour financer une caisse-maladie. Les assureurs privés sont soit commerciaux, soit sans but lucratif. Certains assureurs sans but lucratif appartiennent aux caisses-maladie tandis que d'autres sont des mutuelles qui appartiennent à leurs cotisants; d'autres encore appartiennent à de

grosses multinationales. Les assureurs commerciaux sont surtout de grosses compagnies d'assurance polyvalentes qui assurent également la vie, la propriété et l'automobile. Les détenteurs d'assurance privée paient le coût des soins et sont remboursés par la suite par leur assureur. Les assureurs privés doivent accepter tous les nouveaux adhérents qui demandent une protection équivalente à celle d'une caisse-maladie. Les frais d'utilisation et les primes perçues dans le cadre du régime d'assurance privée sont soumis à la loi nationale.

3. La troisième forme de couverture pour les dépenses médicales normales s'applique aux fonctionnaires de tous les paliers de gouvernement, qui constituent les 5 % restants de la population néerlandaise. Le régime est obligatoire et les patients sont généralement remboursés de 80 % à 90 % de leurs dépenses médicales. La protection est un peu plus étendue que celle des caisses-maladie (remboursement partiel pour les couronnes et les ponts dentaires, les verres de contact, la chiropraxie, etc.); le régime est administré par 12 ententes spéciales avec des assureurs privés.

3.2.2 Assurance des soins médicaux exceptionnels

La deuxième catégorie d'assurance-santé est prévue à la *Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles*. Il s'agit du seul régime national obligatoire d'assurance-santé qui protège toute la population. Connu sur l'acronyme AWBZ, le régime couvre des dépenses exceptionnelles comme les soins à long terme (en foyer), la maladie mentale, l'invalidité physique, etc. Quiconque est assuré pour des risques normaux par un autre régime a automatiquement droit aux avantages du régime de dépenses exceptionnelles. De cette façon, les personnes n'ont à traiter qu'avec un seul assureur qui administre toute la protection, quelle que soit la source du financement. L'ensemble de la population doit contribuer au fonds, peu importe qu'on en utilise ou non les services. La prime est établie en pourcentage du salaire et versée par l'employeur. Les malades peuvent être tenus de payer des frais d'utilisation pour certains services. Le gouvernement national fournit également des fonds aux personnes assurées dans certaines conditions et pour couvrir certains services (clinique d'avortement, soins intensifs à domicile, tests prénataux et périnataux, etc.).

3.2.3 Supplément d'assurance volontaire

La troisième catégorie est le supplément d'assurance volontaire pour les formes de soins jugés moins nécessaires, et qui ne sont pas couverts par les deux autres catégories. Ce supplément d'assurance-santé ressemble à celui de l'assurance privée au Canada, et couvre les services que l'assurance-santé d'État ne couvre pas.

3.3 Financement des soins

Le tableau en annexe renseigne sur les dépenses de soins de santé dans certains pays de l'OCDE. Selon ces données, la part de l'État dans les dépenses en soins de santé s'élevait

à 70,4 % pour 1998 aux Pays-Bas[22]. Rappelons que contrairement au Canada et comme en Allemagne, le régime public d'assurance-santé est un volet de l'assurance-sociale : les fonds destinés à la santé proviennent des cotisations des employeurs et des salariés, et non de l'impôt général. Les fonds ne sont pas gérés par le gouvernement néerlandais, mais par les caisses-maladie. Moins de 10 % des fonds destinés à la santé provient de l'impôt général prélevé par le gouvernement national. Les autres sources de fonds sont les primes versées aux régimes privés d'assurance et les frais d'utilisation.

Les caisses-maladie tirent leur financement de trois sources essentiellement. D'abord, les salariés assurés et leur employeur payent une cotisation en fonction du revenu et sous un plafond fixé par la loi nationale. Les cotisations sont regroupées puis distribuées aux caisses-maladie. Deuxièmement, depuis 1991, les membres des caisses-maladie doivent également payer un forfait nominal, établi par chaque caisse et donc variable de l'une à l'autre. Cette mesure met les caisses en concurrence. Enfin, les caisses-maladie reçoivent une subvention annuelle du gouvernement national pour couvrir les coûts de certains groupes, en particulier les personnes âgées.

Les soins médicaux des fonctionnaires sont financés par des cotisations de ces derniers et des employeurs. Le participant paie une cotisation nominale et un pourcentage de son salaire.

L'assurance privée est volontaire, sauf lorsque le souscripteur est un pensionné ou qu'il appartient à un groupe à risque. Les personnes de ces catégories ont droit à une police standard subventionnée par le gouvernement national. Les primes des régimes d'assurance privée, ainsi que les copaiements et les franchises, sont fonction de la protection choisie, sous réserve des limites établies par la loi nationale.

Les fonds pour couvrir les coûts de la deuxième catégorie d'assurance, l'AWBZ, proviennent des cotisations et des paiements des assurés. Les cotisations sont prélevées en même temps que l'impôt sur le revenu et s'établissent à un pourcentage du revenu imposable. L'employeur retient les cotisations des salariés sur leur salaire et les verse aux autorités fiscales. Les assurés de moins de 15 ans ne sont pas tenus de payer des cotisations. Le financement de l'AWBZ comprend également des subventions directes du gouvernement national et des frais d'utilisation.

3.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des hôpitaux aux Pays-Bas sont privés et sans but lucratif. Beaucoup sont affiliés à des communautés religieuses protestantes, catholiques ou autres. Le budget des hôpitaux et des soins en établissement, ainsi que la rétribution des soignants, découlent de négociations centrales entre les représentants des assureurs et des soignants[23]. Depuis 1983, les hôpitaux néerlandais sont financés à partir d'un budget global annuel prospectif négocié avec les représentants des assureurs privés et des caisses-maladie. Les budgets prospectifs ne sont pas fonction du volume des soins fournis, mais dépendent du

[22] Données sur la santé de l'OCDE (2000).

[23] Akved & H.E.G.M. Hermans, "The Netherlands" in *Medical Law – Suppl.* (Deventer and Boston: Kluwer Law and Taxation Publishers, 1995) p. 25.

territoire desservi, du nombre de lits autorisés, du nombre de spécialistes et du nombre de contrats entre les hôpitaux et les assureurs. Ces budgets s'appliquent aux patients assurés par l'État et par un assureur privé et couvrent presque toutes les dépenses encourues à l'hôpital, sauf l'honoraire des spécialistes[24]. Même si le gouvernement néerlandais ne participe pas aux négociations sur le budget des hôpitaux, il doit donner son approbation avant la construction de nouveaux établissements ou avant tout d'investissement important dans les infrastructures hospitalières.

Comme au Canada, la plupart des généralistes néerlandais sont en pratique privée. Les membres des caisses-maladie choisissent un médecin de famille à partir de la liste de ceux qui sont à contrat avec la caisse, et ne peuvent en changer pendant un an. Les médecins de famille servent ensuite de porte d'accès au reste du système. Les caisses-maladie rétribuent les médecins de famille par capitation (tarif annuel par personne), à un tarif uniforme pour l'ensemble des Pays-Bas, après négociations entre les représentants des médecins et les assureurs[25]. Cela diffère de la situation canadienne, où les généralistes sont rémunérés à l'acte et où les négociations sur la rémunération font intervenir le gouvernement. Les patients protégés par une assurance privée paient les médecins à l'acte et sont remboursés par l'assureur.

Comme au Canada, les caisses-maladie et les assureurs privés paient les spécialistes à l'acte. Il y a deux grilles tarifaires pour les spécialistes, une pour les services assurés par la caisse-maladie à ses membres et l'autre pour les personnes détenant une assurance privée. Les spécialistes à l'emploi des hôpitaux universitaires et des établissements psychiatriques sont à salaire. Les pharmaciens sont payés à l'acte tant par le régime public que par les assureurs privés.

3.5 Particularités

La caractéristique la plus remarquable du système de soins de santé néerlandais est sa dépendance envers le secteur privé pour le financement et la prestation des soins. Parmi les pays de l'OCDE, ce pays est le deuxième après les États-Unis pour la part de l'assurance-santé privée, bien que chaque habitant dispose d'une protection et que les frais d'utilisation constituent une part relativement modeste du coût du système (7 % en 2000). Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale que le gouvernement néerlandais a commencé à participer à fond au régime de soins de santé, et même là, la longue tradition de propriété privée et de prestation des soins par le secteur privé n'a jamais été abandonnée, malgré l'implantation d'une réglementation très poussée par l'État.

> ***Nous sommes le seul pays de l'Union européenne dans lequel plus de 30 % des habitants ont une assurance privée pour les soins actifs. Il y a une quinzaine d'années, nous avons dû commencer à réglementer le secteur des soins de santé privés. Si le système fonctionne toujours – j'émets ici une opinion personnelle –, c'est uniquement parce que la gestion de tous les mauvais risques sanitaires dans le secteur privé fait l'objet d'une lourde réglementation, ce qui a permis au reste du marché de survivre.***
>
> ***Dr Hugo Hurts, directeur adjoint de la Division de l'assurance-santé du ministère de la Santé des Pays-Bas (15:7)***

[24] OECD, *Health Policy Studies No. 2, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries* (Paris: OECD, 1992), p. 92.

[25] Colleen Flood, *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis* (London: Routledge, 2000), p. 107.

Selon Colleen Flood, le système de soins de santé des Pays-Bas se caractérise, comme celui du Canada, par la détermination de garantir l'accès aux soins selon le besoin et non la capacité de payer. Cependant, les Néerlandais sont beaucoup plus ouverts au recours à l'assurance-santé privée pour atteindre cet objectif que les Canadiens. Par conséquent, nous a dit Flood, alors que les Néerlandais sont d'accord avec le financement progressif des soins, par lequel le patient contribue selon ses moyens, ils ne tiennent pas au financement de l'État en soi[26].

Selon M^me^ Flood, le régime néerlandais qui assure les soins médicaux « normaux » donne l'impression de pouvoir devenir un système à deux vitesses, ce que beaucoup au Canada craignent. Cependant, elle note que deux facteurs s'opposent à cette tendance. D'abord, celui qui détient une assurance privée ne peut pas revenir au régime public pour certains de ses besoins médicaux. Les assureurs privés doivent couvrir tous les besoins et pas seulement filtrer la demande pour les cas les plus faciles comme la chirurgie élective (comme en Grande-Bretagne). Deuxièmement, la protection de l'assurance privée ne confère pas aux Néerlandais la possibilité de resquiller dans les listes d'attente du système public. Cela est vu comme une atteinte au code déontologique du médecin que de préférer un malade protégé par une assurance privée, et les deux types de malades sont traités côte à côte dans les mêmes hôpitaux.

Le système de soins de santé des Pays-Bas a fait l'objet de nombreux projets de réforme depuis 15 ans. En 1987, la Commission Dekker, établie par le gouvernement national, a publié un rapport contenant tout un train de recommandations. Si celles-ci avaient été toutes mises en œuvre, elles auraient restreint le contrôle de l'État et introduit beaucoup d'éléments propres au marché, ce qui aurait changé le régime de soins de santé des Pays-Bas dans deux aspects fondamentaux.

D'abord, la Commission Dekker recommandait que tous les assureurs (caisses-maladie et assureurs privés) soient intégrés et que la protection de base soit définie. Selon ses recommandations, la population aurait continué de choisir entre des régimes d'assurance concurrents, mais la distinction entre les caisses-maladie et l'assurance privée aurait disparue pour l'essentiel : chaque régime d'assurance aurait été tenu d'offrir une protection minimale précisée par règlement du gouvernement national. Cela devait donner aux gens un choix plus large, permettant de choisir parmi tous les régimes disponibles celui qui offrait les caractéristiques et les primes correspondant le mieux à leur situation propre.

Deuxièmement, la Commission Dekker recommandait que tous les assureurs aient le choix de contracter les soignants (généralistes, spécialistes, hôpitaux). Cela aurait permis aux assureurs de se concurrencer pour attirer des membres en fonction du niveau et du type de soins que leur combinaison particulière de soignants pouvait offrir. Ces deux nouveaux types de concurrence - entre les assureurs pour attirer les membres à leur régime et entre soignants pour obtenir des contrats avec les assureurs - étaient également recommandés dans l'espoir que cela aiderait à contenir les coûts et déboucherait sur une prestation plus économique.

Seulement certaines recommandations du rapport ont été mises en œuvre entre 1989 et 1993. On a notamment permis aux caisses-maladie de prendre de l'expansion dans le

---

[26] Colleen M. Flood, *Profile of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom and the US*, 30 April 2001, p. 13.

pays et les gens qui étaient couverts par elles ont eu le droit de choisir leur assureur. En outre, les personnes assurées par les caisses-maladie doivent maintenant payer un forfait nominal, en sus de leur cotisation fonction du revenu. Cependant, depuis 1994, les gouvernements nationaux successifs ont décidé de ne pas aller plus loin dans la mise en œuvre des réformes Dekker et d'opter pour un changement graduel au sein du système existant composé de trois régimes d'assurance-santé distincts.

CHAPITRE QUATRE :

LES SOINS DE SANTÉ EN SUÈDE

4.1 Responsabilité de l'État

Le régime politique suédois est unitaire mais, dans la pratique, il est très décentralisé – au point qu'il ressemble à bien des égards à un régime fédéral. Comme au Canada, la compétence en santé en Suède est partagée entre les gouvernements national et sub-nationaux. En Suède, il y a 26 conseils de comté et 288 municipalités.

- Le **gouvernement national** est responsable des questions de politique publique et de la législation en matière de soins de santé et d'assurance-santé[27]. De plus, le gouvernement national transfert aux conseils de comté et aux municipalités des fonds pour la santé.
- Les **conseils de comté**[28] sont pleinement responsables de la gestion et de la prestation des soins de santé offerts à leur population, dans les limites de la loi nationale. Cette responsabilité porte sur les soins primaires, les soins hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, la santé publique et les soins préventifs. Les conseils de comté financent la plus grande partie des soins de santé par l'impôt qui s'applique sur leur territoire.
- Les **municipalités** sont responsables du financement et de l'exploitation du régime de soins de santé et des foyers pour personnes âgées, personnes atteintes d'une incapacité et malades psychiatriques chroniques. Comme les conseils de comté, les municipalités ont le droit de percevoir un impôt auprès de leur population.

> ***En cas de visite à l'hôpital, les frais [modérateurs] sont légèrement plus élevés [que dans les centres de soins primaires]. Cela s'explique parce que nous avons voulu que le patient choisisse un niveau de soins moins coûteux compte tenu de son état de santé.***
> ***(...)***
> ***L'idée est ici que c'est à vous à déterminer si vous devez vous rendre à l'hôpital ou si vous pouvez vous contenter de vous faire soigner au centre de santé local.***
>
> ***Lars Elinderson, député, Parlement suédois (19:6 et 19:7)***

4.2 Assurance-santé et protection

Comme au Canada, l'accès à l'assurance-santé publique en Suède est universelle. Toutefois, les frais modérateurs qui s'appliquent ne sont pas perçus

[27] La loi nationale la plus importante est la *Loi sur la santé et les services médicaux* de 1982 qui établit le partage des compétences entre le gouvernement national et les conseils de comté. La loi impose également certaines restrictions qui s'appliquent autant à la prestation qu'au financement des soins de santé par les conseils de comté. La loi nationale ne définit pas les soins de santé ou les médicaments de base ou essentiels.

[28] Les conseils de comté sont des administrations régionales autonomes dont les membres sont élus à tous les quatre ans au moment des élections nationales et municipales. Il y a actuellement 23 conseils de comté; 3 grandes municipalités (Gotland, Gothenburg et Malmo) ont choisi de ne pas appartenir à un conseil de comté et assument donc les mêmes responsabilités que les conseils de comté en matière de soins de santé.

comme une menace à l'accès au régime public d'assurance-santé et les conseils de comté sont libres d'exiger des frais modérateurs, dans les limites établies par le gouvernement national.

La protection offerte par le régime public d'assurance-santé en Suède est beaucoup plus étendue qu'au Canada : honoraires des médecins, services hospitaliers, médicaments et soins dentaires[29]. Les soins de longue durée et les soins à domicile sont également assurés par le régime public pour certains groupes de la population (personnes âgées, personnes atteintes d'une incapacité et malades psychiatriques chroniques).

Contrairement à ce qui se passe au Canada, toute assurance-santé privée qui offre les mêmes avantages que le régime public est légale en Suède, mais très peu de gens recourent à cette formule.

4.3 Financement des soins

Comme au Canada, les soins de santé en Suède sont essentiellement financés par le secteur public à partir de l'impôt et l'assurance sociale (c.-à-d. les cotisations de l'employeur et de l'employé). Des impôts sont levés par le gouvernement national, les comtés et les municipalités[30].

Le gouvernement national participe de deux façons au financement des soins de santé : en subventionnant directement les conseils de comté (pour les services des médecins et des hôpitaux) et en distribuant des fonds provenant du régime d'assurance sociale pour les services de santé désignés qui sont offerts par les comtés et les municipalités (honoraires des médecins en cabinet privé, médicaments d'ordonnance, soins dentaires, soins de longue durée et soins à domicile). La contribution versée par le gouvernement national aux conseils de comté est proportionnelle à la population; à cela s'ajoute des rajustements pour tenir compte de la condition socioéconomique de la population et d'autres facteurs. Cette contribution représente quelque 10 % du revenu total des conseils de comté. Le transfert de fonds provenant du régime national d'assurance sociale aux conseils de comté et aux municipalités est proportionnel à leur population[31].

La plupart des ressources publiques utilisées pour payer les soins de santé en Suède proviennent de l'impôt sur le revenu perçu par les conseils de comté. Chaque conseil de comté est libre de fixer son propre taux d'imposition en fonction de ses dépenses. Le gouvernement national a, en certaines occasions, limité le taux d'imposition des conseils de comté. Ainsi, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement national a imposé unilatéralement un gel sur le taux d'imposition des conseils de comté. Aujourd'hui, le

---

[29] La gestion et le financement des soins de longue durée dans des foyers de soins et des soins à domicile ne relèvent pas des conseils de comté, mais des municipalités.

[30] L'impôt national sur le revenu est progressif (le taux étant plus élevé pour les revenus imposables plus élevés). Les conseils de comté et les municipalités perçoivent un impôt proportionnel (un taux fixe du revenu imposable de chaque personne). La base d'imposition des conseils de comté des municipalités est l'impôt national de base.

[31] Le régime d'assurance sociale est administré par la Régie nationale d'assurance sociale ou *Riksförsäkringsverket*. Le régime est obligatoire pour toute personne âgée de plus de 16 ans et est financé principalement par les cotisations retenues sur le salaire, le reste étant comblé par des subventions nationales.

gouvernement national exerce toujours un certain contrôle sur ce taux : les conseils qui perçoivent des recettes additionnelles en haussant leur taux d'imposition reçoivent du gouvernement national une contribution réduite de la moitié des recettes additionnelles qu'elles perçoivent.

Les municipalités sont responsables du financement des soins de longue durée et des soins à domicile pour certains groupes de la population suédoise. Elles doivent rembourser aux conseils de comté les frais des soins de courte durée des résidents de foyer qui ont été hospitalisés une fois que ceux-ci ont reçu un traitement complet et obtenu leur congé. L'indemnité quotidienne que les municipalités doivent rembourser aux conseils de comté pour ces patients est établie par règlement par le gouvernement national.

En Suède, il y a deux catégories de dépenses de soins de santé privées : les frais modérateurs payés par les patients au point de service et les dépenses des assureurs privés. Les dépenses des assureurs privés sont minimes (à peine 2 % des dépenses totales de soins de santé), mais les frais modérateurs sont importants. Contrairement au Canada, la Suède exige des frais modérateurs pour les services de santé offerts par le régime public; ces frais s'appliquent aux services des médecins et des hôpitaux, ainsi qu'aux médicaments et aux soins dentaires. Chaque conseil de comté établit sa propre tarification pour les soins de clinique externe.

Les frais modérateurs liés à l'hospitalisation et aux médicaments d'ordonnance sont fixés par le gouvernement national. Celui-ci impose aussi des « mesures de plafonnement » pour limiter le montant maximal qu'une personne doit payer de sa poche en un an pour des services de santé et des médicaments. Au-delà de ces plafonds, il n'y a plus de frais modérateurs. Des mesures spéciales sont prévues pour les personnes à faible revenu et les personnes âgées de moins de 20 ans qui n'ont aucun frais modérateurs à payer.

Les frais modérateurs exigés pour un séjour à l'hôpital s'élèvent à quelque 12 $ par jour et les frais de consultation d'une infirmière ou d'un médecin pour des soins primaires varient entre 15 $ et 20 $. La mesure de plafonnement, établie par le gouvernement national, prévoit que les frais modérateurs pour les services d'un médecin ou d'un hôpital ne peuvent dépasser 135 $ par personne par année. Pour les médicaments d'ordonnance, les patients doivent payer une franchise de 135 $ par année et une partie du reste jusqu'à concurrence de 270 $ par année (soit un maximum de 405 $ par année).

En Suède, les frais modérateurs sont considérés comme « essentiels pour que les gens choisissent le service le plus économique ». Ils ne sont pas perçus comme un obstacle à l'accès. Pas plus qu'ils ne sont conçus pour faire des économies. En fait, le coût d'administration des frais modérateurs (perception des frais et suivi des montants payés par chaque personne pour ne pas dépasser le plafond) est presque aussi élevé que le total des frais perçus.

Le Comité a appris que les assurances-santé privées, que peu de Suédois souscrivent jusqu'à maintenant, sont maintenant de plus en plus populaires à cause des listes d'attente :

> *Il existe effectivement des assurances médicales privées mais à toute petite échelle, étant donné que le système public est censé assurer tout pour tout le monde. Toutefois, en*

raison de problèmes d'accessibilité, en raison des listes d'attente et ainsi de suite, il y a des gens (...) qui souscrivent une police d'assurance privée pour pouvoir être rapidement admis dans un hôpital en cas d'urgence. (...) Le taux de croissance du nombre de ces assurés privés est de l'ordre de 80 % environ, et ce taux augmente très rapidement en raison précisément du problème des listes d'attente et des autres problèmes propres au système public[32].

4.4 Gestion et prestation

La gestion et la prestation des soins de santé incombent principalement aux conseils de comté. Il existe toutefois des lois nationales qui obligent chaque comté à offrir toute la gamme des soins essentiels à tous les citoyens, sans égard à leur capacité de payer ou à leur lieu de résidence.

Les conseils de comté sont propriétaires des centres locaux de soins primaires, où les patients sont vus par des médecins ou des infirmières. La plupart des médecins et infirmières sont des employés salariés du conseil de comté. Seul un nombre limité de médecins (moins de 10 %) pratiquent en cabinet privé. Cela contraste avec le Canada où la plupart des médecins exploitent leur propre cabinet privé et sont rémunérés à l'acte par le régime public d'assurance santé. Les médecins suédois à l'emploi du secteur public n'ont pas le droit de pratiquer leur art à temps partiel dans le secteur privé.

Les conseils de comté ont le pouvoir de négocier les conditions d'établissement des cabinets privés et de régir le nombre de patients qu'un médecin peut recevoir en un an.[33]. Le médecin qui pratique en cabinet privé doit conclure une entente avec le conseil de comté pour être remboursé par l'assurance-santé publique; ainsi, les conseils de comté sont en mesure de réglementer le marché des soins de santé privé. En fait, les médecins qui pratiquent à temps plein en cabinet privé le font presque tous dans le cadre du régime public. Le patient qui consulte en cabinet privé un médecin qui n'a pas conclu un accord avec un conseil de comté doit payer la totalité des honoraires au fournisseur[34].

La vaste majorité des hôpitaux appartiennent également aux conseils de comté, et le personnel, y compris les médecins, sont des salariés à leur emploi[35]. Au Canada, la plupart des hôpitaux sont des organismes à but non lucratif privés, et très peu de médecins sont salariés. Il y a neuf hôpitaux privés en Suède, dont la plupart sont situés dans les grandes villes[36]. L'assurance-santé publique ne rembourse pas aux patients les frais des soins reçus dans ces hôpitaux. Seuls les patients bien nantis peuvent se payer des soins hospitaliers privés[37]. Selon M. Elinderson, député du Parlement suédois, les hôpitaux publics sont moins productifs et moins efficients que les hôpitaux privés :

---

[32] Lars Elinderson (19:8).

[33] Le gouvernement national transfert aux conseils de comté, par l'entremise de son régime d'assurance sociale, les fonds nécessaires pour payer les médecins en cabinet privé.

[34] Oganisation mondiale de la santé (OMS), *Health Care Systems in Transition – Sweden*, 1996, p. 8.

[35] Slon les conseils de comté, le patient doit être référé pour consulter un spécialiste dans un hôpital.

[36] « Swedish Health Care System Robust, Despite Regional Disparities » *Ocular Surgery News – International Edition*, mai 1997.

[37] Margit Gennser, *Sweden's Health Care System*, l'Institut Fraser Institute, 1999.

La gestion publique des installations hospitalières en Suède remonte à il y a longtemps. En outre, les conseils d'administration sont constitués de politiques et non de médecins ou d'avocats ou de professionnels de la santé. Je pense que cela a créé un climat qui n'est pas très propice à une augmentation de la productivité. C'est la première chose.

Deuxièmement, les hôpitaux ne sont pas financés suivant leur rendement car leur budget est fixe. Tout le personnel, les professionnels de la santé, reçoivent un salaire fixe. Cela n'incite pas à une forte productivité. Je vous ai donné deux des explications possibles[38].

En Suède, la prestation des services de santé a été très peu privatisée dans l'ensemble. Hormis les services auxiliaires généraux, la plupart des services de santé sont encore fournis par des établissements appartenant aux conseils de comté [39].

Contrairement à ce qui se passe au Canada, les conseils de comté en Suède remboursent tous les médicaments d'ordonnance, en partie grâce à une subvention du gouvernement national. Tous les médicaments prescrits par les médecins et les hôpitaux sont achetés par un seul organisme national, l'*Apoteksbolaget*, une société d'État qui est propriétaire de toutes les pharmacies communautaires et des pharmacies d'hôpitaux de la Suède. Tous les pharmaciens sont donc des employés du secteur public. L'*Apoteksbolaget*, qui exploite ces pharmacies en vertu de contrats d'un an avec le conseil de comté, est tenue par la loi de fournir les médicaments à un prix unique partout dans le pays, prix qui doit être le plus bas possible pour les consommateurs et la société. Les patients doivent payer leurs médicaments d'ordonnance jusqu'à un maximum de 405 $. Ils reçoivent ensuite une carte qui leur donne droit à des médicaments d'ordonnance gratuits pour le reste de l'année.

4.5 Particularités

En 1992, le gouvernement national de la Suède a introduit une « garantie de soins » qui fixe un temps d'attente maximal ne dépassant pas trois mois pour les tests de diagnostic, les tests d'audition et certains types de chirurgies électives (traitement des coronaropathies, remplacement de l'articulation de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, enlèvement de calculs biliaires, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie pour des problèmes de prolapsus et d'incontinence). Par la suite, il a introduit des garanties de temps d'attente maximal pour les consultations de médecins de soins primaires (8 jours) et de spécialistes (3 mois).

Le gouvernement national a accordé aux conseils de comté une autre subvention visant précisément à diminuer les temps d'attente. Dans certains cas, les conseils n'ont distribué ces fonds que dans les hôpitaux qui étaient en mesure de garantir que les patients seraient traités dans la période prescrite.

---

[38] Lars Elinderson (19:9).
[39] OMS, p. 13.

Il semble que la garantie de soins a permis de réduire sensiblement les temps d'attente, au point que les listes d'attente ont cessé d'être un enjeu politique[40]. La garantie de soins a été abandonnée lorsqu'un nouveau gouvernement a été élu. Et le problème des longues listes d'attente a ressurgi.

Le gouvernement national a aussi adopté une loi qui donne aux patients le droit de choisir librement l'hôpital dans lequel ils désirent recevoir leur traitement. Avant cette réforme, les patients qui devaient être hospitalisés ne pouvaient recevoir leur traitement que dans l'hôpital auquel ils étaient rattachés, c'est-à-dire l'hôpital desservant la région de résidence du patient. Lorsqu'un patient choisit de recevoir des soins dans un hôpital autre que celui auquel il était rattaché auparavant, une somme précise d'argent peut être transférée du budget d'un hôpital au budget de l'autre. Les conseils de comté doivent donc payer certains services fournis à leurs citoyens à d'autres conseils de comté. La population en général attache une importance considérable à la liberté de choix accrue que cette loi lui offre. Selon bien des observateurs, cela a aussi entraîné un grand changement dans la façon dont les patients en attente d'une chirurgie sont traités, car cela incite chaque hôpital à attirer les patients de ses concurrents ou à éviter que ses patients aillent ailleurs.

> ***En Suède, les 20 conseils de comté... ont réformé le marché intérieur durant les années 90 en abandonnant le contrôle sur les hôpitaux..***
> ***Dans un tel régime, les autorités sanitaires n'ont plus à se soucier de l'administration détaillée d'établissements tels les hôpitaux.. Elles peuvent alors se concentrer sur l'évaluation des besoins de leur population et se lier par contrat avec les fournisseurs de soins qui sont en accord avec leur évaluation des priorités. Finis aussi les effets pervers d'un régime dans lequel les autorités paient les factures sans pouvoir établir les grandes priorités et ne peuvent récompenser les fournisseurs efficients. L'équilibre du pouvoir est rétabli : il y a au moins une entité qui prend la part de la population au lieu de fournir des services dans les limites imposées par les installations en place et par les fournisseurs (essentiellement les médecins) qui y travaillent. Dans un marché intérieur, les autorités sanitaires contrôlent les cordons de la bourse et choisissent les fournisseurs en fonction de leur qualité et de leurs coûts, au lieu de financer simplement les mesures décidées par les utilisateurs des ressources.***
>
> ***Donaldson, Currie et Mitton, avril 2001, p. 7-8.***

Durant les années 90, plusieurs conseils de comté ont adhéré au principe de la « séparation payeur-fournisseur ». Cela consiste simplement à séparer l'acheteur (ou payeur) d'un soin de son fournisseur. L'objectif est de rendre plus efficient le régime public d'assurance-santé de santé en favorisant une meilleure gestion par les payeurs (les conseils de comté) et en augmentant la concurrence entre les fournisseurs (hôpitaux, centres de soins primaires, médecins de cabinet privé). Dans un tel régime, l'acheteur a intérêt à ne recourir qu'aux fournisseurs qui lui permettront d'atteindre le maximum de rentabilité et d'efficience. Le contrat qui lie le payeur et le fournisseur précisent les services offerts, la clientèle visée et le mode de paiement du fournisseur.

Toutefois, on n'y précise pas comment les services seront fournis. Le principe de la séparation payeur-fournisseur repose sur le fait que le fournisseur ne touchera que les montants précisés dans le contrat. Un manque à gagner peut être imputé au fournisseur ou entraîner une sanction future. L'acheteur est également libre de choisir, parmi des fournisseurs

[40] Ake Blomqvist, *International Health Care Models: Sweden*, mai 2001, p. 19.

concurrents, ceux avec qui il conclura un contrat de soins pour la population qu'il sert. Selon les experts, l'expérience suédoise de la séparation acheteur-fournisseur a donné des résultats mitigés[41].

Avec ses 26 conseils de comté, le système de soins de santé suédois est très décentralisé, mais le gouvernement national joue un rôle important dans la réglementation de la santé à l'échelle régionale. Selon le professeur Blomqvist, le partage des compétences en matière de santé n'a pas créé de grandes tensions entre le gouvernement national et les conseils de comté[42]. Il conclut en ces termes: « nous pourrions tirer d'une étude des relations entre les conseils de comté et le gouvernement national de la Suède des leçons très utiles pour évaluer les méthodes que nous employons au Canada pour réglementer les relations fédérales-provinciales ».[43]

[41] Blomqvist, p. 16.
[42] Blomqvist, p. 12.
[43] Blomqvist, p. 1.

CHAPITRE CINQ :

LES SOINS DE SANTÉ AU ROYAUME-UNI

5.1 Responsabilité de l'État

Comme le Canada, le Royaume-Uni a un régime parlementaire, mais c'est un État unitaire qui réunit la Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse et Pays de Galles) et l'Irlande du Nord. Toutefois, depuis 1999, il y a des assemblées nationales en Écosse et au Pays de Galles, et l'assemblée législative a aussi été rétablie en Irlande du Nord à la suite des négociations qui se sont déroulées entre les parties en cause[44]. Même avant la dévolution, chaque nation était responsable de la gestion de son système de soins de santé, mais les principes et le mode de fonctionnement étaient essentiellement les mêmes partout au Royaume-Uni.

Le caractère centralisé de l'État au Royaume-Uni se reflète dans la structure du système de soins de santé – le Service national de la santé (SNS). Le SNS, créé en in 1948, demeure le système de soins de santé dont la gestion et le financement sont les plus centralisés dans le monde. Le gouvernement central contribue non seulement au financement des services de santé, mais participe aussi de près à leur prestation, ce qui constraste nettement avec le Canada, l'Allemagne et la Suède où la responsabilité des soins de santé est partagée entre les différents ordres de gouvernement.

La responsabilité des soins sociaux, tels les soins infirmiers de longue durée à domicile, est partagée entre les administrations locales, divers centres de services sociaux et le SNS, ce qui a entraîné des problèmes chroniques de mauvaise coordination.

5.2 Assurance-santé et protection

Comme au Canada, tous les gens qui résident normalement au Royaume-Uni ont droit à une assurance-santé, le SNS. Le SNS n'offre pas une liste précise de services. Toutefois, contrairement au régime canadien, le SNS offre une plus grande protection car il couvre les soins des médecins et des hôpitaux, les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue.

Comme au Canada, il n'y a pas de frais d'utilisation pour les soins des médecins, et les soins des hôpitaux et des spécialistes sont offerts gratuitement. Toutefois, il y a des frais d'utilisation pour les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue.

---

[44].Dans la vague de dévolution, les assemblées écossaises et galloises ont récupéré la responsabbilité de la santé, marquant ainsi quelques différences avec le système qui prévaut en Angleterre. Le présent chapitre portera sur l'histoire commune du système de soins de santé dans l'ensemble du Royaume-Uni et sur les derniers changements survenus en Angleterre, à moins d'indication contraire.

Dans le cas des médicaments, les frais sont fixes (6 £ ou environ 13,50 $ CAN[45]) pour chaque ordonnance inscrite au SNS. Toutefois, quelque 60 % de la population a droit à des exemptions, et environ 80 % des ordonnances sont destinées à des personnes exemptées. Le Comité a appris que, malgré ces exemptions, une modification des frais d'utilisation peut influer grandement sur les recettes du gouvernement et sur le nombre d'ordonnances prescrites.

Dans le SNS, les services dentaires généraux sont en grande partie coassurés; en 1999-2000, chaque particulier devait assumer 80 % du coût de son traitement jusqu'à un maximum de 348 pounds (780 $ CAN). Comme ici, certains groupes, tels les enfants, sont exemptés.

Le Royaume-Uni, contrairement au Canada, permet aux gens d'acheter une assurance-santé privée qui offre les mêmes avantages que le SNS si ces services sont offerts par des fournisseurs à l'extérieur du SNS. Il y a deux grands types d'assurance privée : les régimes d'employeur (59 % du total) et les régimes individuels. Dans un peu moins que le tiers des régimes d'entreprise, les employés assument tout ou partie des primes. Deux grands assureurs occupent plus des deux tiers du marché de l'assurance privée : *PPP Healthcare* et *British United Provident Association (BUPA)*. Il y a une certaine intégration verticale dans le secteur privé car plusieurs grands assureurs font aussi partie des grands propriétaires des 230 hôpitaux qui offrent des soins médicaux et chirurgicaux privés.

La proportion de la population qui souscrit de l'assurance privée a été historiquement faible, mais elle a augmenté constamment depuis quelques années, atteignant 11,5 %. Selon des études ce sont surtout les classes socioéconomiques les mieux nanties qui souscrivent de l'assurance privée. Le taux de souscription de polices privées est très variable selon les régions, approchant 20 % à Londres et à peine 5 % en Écosse.

Il est difficile de démarquer les secteurs public et privé, car un patient qui a une assurance privée peut être traité dans un établissement du SNS (en réservant ce qui s'appelle un « lit payant »[46]) ou dans un hôpital privé. Selon les sondages, les gens choisissent en général d'acheter une assurance privée pour éviter les attentes en chirurgie non urgente. Le Comité a appris qu'un patient peut commencer un traitement dans le secteur privé et le poursuivre dans le SNS en cas de complications, à condition de démontrer que le traitement exige des services qui ne sont pas offerts dans le privé ou n'est pas couvert par son assurance.

> ***Il arrive parfois que certaines personnes réussissent à passer avant d'autres. L'un des principaux motifs avancés par les personnes qui souscrivent une assurance privée, c'est qu'elles veulent avoir la certitude qu'elles-mêmes et les membres de leur famille pourront obtenir une opération chirurgicale non urgente plus rapidement ou à un moment plus opportun que si elles doivent s'en remettre au service national de la santé (SNS). Bien sûr, on y voit un problème d'équité, et c'est l'une des raisons qui font que le gouvernement s'est engagé à réduire les délais d'attente pour les patients du Service national de la santé le plus rapidement possible.***
>
> ***Clive Smee, conseiller économique en chef, Division de la recherche économique et opérationnelle, ministère de la Santé du Royaume-Uni (20:35)***

[45] Les frais fixes représentaient environ 57 % du prix moyen d'un médicament d'ordonnance en 1998.
[46] En 1997, le nombre de lits payants réservés dans les unités privées du HNS était évalué à 1 400, dont 39 % à Londres.

5.3 Financement des soins

La proportion des dépenses de soins de santé financées par le secteur public est plus élevée au Royaume-Uni (84 %) qu'au Canada (70 %). Comme le régime public australien, le SNS est financé en grande partie par l'impôt général du gouvernement central et, dans une moindre mesure, par les cotisations des employeurs et des employés au régime national. Les frais d'utilisation contribuent pour moins de 3 % au financement total du SNS.

Les vagues de réforme successives qui ont balayé le système de soins de santé au Royaume-Uni dans les années 90 n'ont pas influé sensiblement sur le rapport des dépenses publiques aux dépenses privées car elles n'ont touché que le système public.

Comme les dépenses du SNS dominent les dépenses totales de soins de santé au Royaume-Uni et que le financement public est soumis à des plafonds très stricts, le niveau des dépenses en soins de santé fait l'objet d'un vif débat politique. Un des avantages, souvent mentionné, du système centralisé du Royaume-Uni, c'est qu'il permet de contrôler davantage l'ensemble des coûts. Ainsi, en 1998, les dépenses de soins de santé au Royaume-Uni ne représentaient que 6,7 % du PIB, contre 9,5 % au Canada, 10,6 % en Allemagne et 13,6 % au États-Unis.

5.4 Gestion et prestation

Depuis une décennie, plusieurs grandes réformes du système de soins de santé britannique ont porté sur la gestion et la prestation des services de santé. Ces réformes, mises en place par l'administration de la première ministre Margaret Thatcher, ont créé un « marché interne » dans la mesure où certains principes de l'économie de marché ont été introduits dans le système public de soins de santé. Plus précisément, le principe dit de la « séparation des rôle d'acheteur et de fournisseur » a modifié les rapports entre les administrations régionales de la santé et les hôpitaux, alors que le système de « fundholding » chez les généralistes a modifié l'organisation et la structure des cabinets de médecine familiale générale. Le gouvernement travailliste de Tony Blair, élu en 1997, avait critiqué le marché interne; il a par la suite modifié plusieurs éléments importants du système sans toutefois revenir à la formule antérieure.

5.4.1 Services hospitaliers

Jusqu'en 1990, les hôpitaux du SNS étaient la propriété de l'État et leur fonctionnement relevait des administrations régionales de la santé du SNS. Le budget de chaque administration régionale était établi par le gouvernement national à partir d'une formule de capitation pondérée, fondée sur les besoins en soins de la population de la région. Le budget de chaque hôpital était ensuite établi à l'échelle régionale selon un processus administratif faisant appel à des négociations entre la direction de l'hôpital et l'administration régionale concernée. Les spécialistes des hôpitaux étaient des salariés du SNS (mais pouvaient aussi tenir un cabinet privé en parallèle avec le SNS).

Ce qu'on reprochait surtout au système, c'était que chaque administration régionale achetait ou commandait par contrat des services au nom de sa population, tout en

administrant les hôpitaux de la région. Par conséquent, elle se trouvait clairement dans une situation de conflit d'intérêts qui les incitait à protéger ces hôpitaux.

En 1991, avec les réformes du gouvernement Thatcher, les administrations régionales ont cessé de gérer les hôpitaux et ont été chargées, en tant qu'organismes acheteurs, de passer avec les hôpitaux du SNS et les fournisseurs privés des contrats pour la prestation des services requis par leur population. Quant aux hôpitaux, ils ont été transformés en fiducies du SNS, c'est-à-dire des organismes à but non lucratif qui font partie du SNS, mais qui sont indépendants des administrations régionales.

Les fiducies du SNS devaient rivaliser entre elles pour obtenir des administrations régionales et des médecins généralistes des contrats pour la prestation des soins. Chaque fiducie devait réaliser des recettes grâce aux contrats de services passés avec les acheteurs et atteindre les objectifs financiers fixés par le gouvernement national, par exemple, réaliser un rendement de 6 % sur ses immobilisations. Les paiements versés aux hôpitaux variaient donc en fonction des contrats passés avec les acheteurs. En général, il était précisé dans les contrats quels services devaient être fournis, ainsi que les modalités de leur prestation.

Après avoir promis d'abolir le marché interne, l'administration Blair n'a annoncé aucune mesure pour modifier radicalement le statut des fiducies du SNS. Celles-ci demeurent des organismes autonomes au sein du SNS. Toutefois, leur relation avec les administrations régionales a changé : au lieu de mettre l'accent sur la concurrence et le rendement financier, elles privilégient la collaboration pour une meilleure qualité des soins[47].

Comme dans le passé, les médecins des hôpitaux restent des salariés du SNS. C'est le gouvernement qui fixe chaque année leur échelle de traitement en tenant compte des recommandations du Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration. En plus de leur rémunération du SNS, les spécialistes à temps plein des hôpitaux du SNS peuvent réaliser jusqu'à 10 % de leur revenu brut en cabinet privé.

5.4.2 Services des médecins

Lorsque le SNS a été établi, les médecins généralistes pouvaient exercer leur profession à titre d'entrepreneurs autonomes au sein du SNS (comme la plupart des médecins de famille le font présentement au Canada). Ils avaient également le droit de pratiquer dans le secteur privé en parallèle avec le SNS. Selon des experts, le statut d'entrepreneur autonome des médecins généralistes a entraîné un développement fragmenté des services et une mauvaise coordination avec les services hospitaliers[48]. C'est pourquoi la pratique des médecins généralistes a été transformé en un système d'enregistrement des patients. Dans ce système, le patient devait s'enregistrer auprès d'un médecins généralistes qui agissait ensuite comme gardien, contrôlant l'accès au reste du système de soins de santé. Il ne pouvait donc être admis à l'hôpital, consulter un spécialiste ou se faire rembourser des médicaments d'ordonnance que s'il avait été référé par son omnipraticien. Celui-ci demeurait sous contrat avec le SNS et était rémunéré suivant une

[47] Plus précisément, le gouvernement national a créé un organisme de réglementation, appelé la *Commission for Health Improvement*, qui a pour tâche de visiter tous les établissements du SNS – les hôpitaux, les administrations de la santé, les groupes de soins primaires – pour exercer une certaine surveillance sur leurs activités.

[48] Observatoire européen, *Health Care Systems in Transition – United Kingdom*, 1999, p. 9.

formule mixte comportant un salaire et une rémunération qui n'était fonction que du nombre de patients sur sa liste.

Puis, avec la réforme de 1991 est apparu le système des « Fundholdings » pour les généralistes. Ce système visait à inciter les généralistes à fournir des soins au moindre coût en leur attribuant des « fonds » applicables à deux catégories de dépenses : le coût des médicaments qu'ils avaient prescrit à leurs patients et le coût de certains traitements dispensés par les spécialistes et les hôpitaux à leurs patients. Si, dans une période donnée, les dépenses réelles étaient inférieures au montant prévu du fonds, le généraliste pouvait dépenser le surplus pour améliorer sa pratique. Par contre, si les dépenses dépassaient le montant prévu, le généraliste s'exposait à une pénalité financière correspondant à une part de son déficit.

Ce qu'on reprochait notamment au système des « Fundholdings » c'était qu'il avait tendance à rendre inégale la qualité des soins reçus par différents groupes de patients. Plus précisément, les généralistes des régions pauvres héritaient de clientèles ayant des besoins en santé beaucoup plus grands que celles des régions plus riches, rendant ainsi plus difficile la réalisation d'un surplus. On reprochait aussi au régime ses frais d'administration très élevés : les généralistes trouvaient lourd et laborieux de négocier des services de santé avec les hôpitaux et les spécialistes. En 1999, l'administration Blair a réformé ce système en créant des groupes de soins primaires (GSP). Les GSP sont des regroupements de pratiques issus de la fusion des pratiques de médecins généralistes rattachés à l'ancien régime des « Fundholdings ». Les GSP servent donc des populations beaucoup plus grandes que le régime précédent, soit entre 50 000 et 250 000 personnes, dans des régions géographiques désignées. Les groupes sont censés se développer en plusieurs étapes jusqu'à ce qu'ils soient en mesure d'assumer leurs responsabilités pour ce qui est de commander des soins et de fournir des soins communautaires à leur population.

Les diverses réformes opérées au cours des années 90, telle la création des « Fundholdings » pour les généralistes et, plus récemment, la création de GSP, n'ont pas modifié le mode de rémunération des médecins généralistes. Les « Fundholdings » étaient destinés à l'achat de services hospitaliers et communautaires et ne pouvaient servir à offrir un supplément de rémunération aux médecins généralistes. Ceux-ci sont actuellement rémunérés par le SNS en tant que professionnels autonomes suivant le principe du coût majoré – les paiements couvrent leurs dépenses pour la prestation des services (coût) plus une rémunération nette pour cette prestation (majoration). Les éléments de base du régime actuel de rémunération sont :

- *capitation* – honoraires annuels payables pour chaque patient inscrit sur la liste du médecin (trois tarifs selon l'âge du patient). La capitation compte pour un peu plus de la moitié de l'ensemble des honoraires et des indemnités constituant le revenu brut du généraliste.
- *Indemnités* – deuxième élément en importance dans la rémunération des généralistes. Il s'agit d'un montant qui couvre les coûts de base d'aménagement et de fonctionnement d'un cabinet. Le montant varie selon les régions et vise à encourager les médecins à s'installer dans les régions mal desservies.
- *Honoraires de promotion de la santé* – honoraires pour l'administration des programmes de promotion de la santé et de gestion des maladies chroniques.

- *Paiements à l'acte* – versés chaque fois qu'un généraliste offre certains services, en général liés à la prévention (p. ex., la contraception).

Globalement, avec cette formule de rémunération, le revenu du généraliste dépendra du nombre de patients inscrits sur sa liste, des honoraires et indemnités auxquels il a droit, du nombre et de l'importance des actes facturés et de son rendement.

5.5 Prestation des soins privés

Au Royaume-Uni, quelque 230 établissements et hôpitaux indépendants offrent des soins médicaux et chirurgicaux pour lesquels le médecin est rémunéré à l'acte, soit directement par le patient qui peut ensuite se faire rembourser par une assurance privée s'il a souscrit une police, soit par l'hôpital ou la clinique privée où le médecin a prodigué les services. Le secteur privé offre des soins spécialisés, et on y recourt surtout pour des interventions chirurgicales non urgentes comme le traitement des hernies et des varices ou le remplacement de hanches.. L'intervention la plus courante est l'avortement (13,2 % du total). Depuis quelques années, le nombre de chirurgies plus complexes tels les pontages coronariens et autres chirurgies cardiaques a augmenté sensiblement.

Par ailleurs, très peu de soins primaires sont financés par le privé au Royaume-Uni. À peine 3 % des consultations de médecins généralistes seraient faites dans le secteur privé. Cela s'explique surtout par le fait que les ces médecins n'ont pas le droit de recevoir dans un cabinet privé des patients inscrits sur leur liste du SNS ou de prescrire des médicaments d'ordonnance du SNS, et très peu d'assurances couvrent actuellement les soins primaires.

> ***Le SNS a toujours eu recours à des hôpitaux privés, mais, au cours de la dernière campagne électorale – c'est peut-être ce à quoi vous faites allusion –, le gouvernement Blair s'est engagé à faire preuve de pragmatisme, une fois l'élection passée, relativement à la question de savoir si on devrait recourir à des hôpitaux privés ou publics pour traiter les patients du Service national de la santé. Les patients en question étaient traités gratuitement au point de service, public ou privé. La mesure vise à réduire les listes d'attente et les délais d'attente, particulièrement pour les traitements médicaux non urgents, de même qu'à favoriser l'atteinte des objectifs du gouvernement. Il s'agit d'un renversement considérable par rapport à la façon dont les gouvernements travaillistes ont traditionnellement abordé ces questions. Le gouvernement Blair se revendique du nouveau travaillisme, et non de l'ancien, c'est-à-dire qu'il fait preuve de plus de pragmatisme en ce qui concerne l'endroit où les soins sont donnés, à condition qu'ils soient gratuits pour les patients.***
>
> ***Professeur Chris Ham, Université de Birmingham (20:27)***

5.6 Particularités

Comme au Canada, tous les citoyens du Royaume-Uni sont protégés par un régime d'assurance-santé universel, financé par l'impôt, le SNS. Comme au Canada, il n'y a pas de frais d'utilisation pour les services offerts par les hôpitaux et les médecins. Toutefois, le SNS offre une protection plus étendue qu'au Canada, parce qu'il couvre les médicaments d'ordonnance ainsi que les soins dentaires et les soins de la vue de base. Il y a des frais

d'utilisation pour ces services additionnels couverts par le régime public. Contrairement au Canada, il est légal au Royaume-Uni de souscrire une assurance privée qui couvre les mêmes services que ceux offerts par le SNS.

D'un point de vue canadien, deux points ressortent des réformes sans précédent entreprises au Royaume-Uni depuis une décennie. D'abord, à cause de la centralisation relativement poussée du système politique britannique et du système de soins de santé qui s'en est inspiré, il a été possible d'opérer une réforme radicale qui a transformé, sans doute de façon irrémédiable, des aspects essentiels des soins de santé.

> ***Je dirais que le terme « marché interne » n'a jamais vraiment décrit la réalité dans notre cas. Je dirais qu'il s'agissait d'un marché géré qui s'est transformé en marché très politiquement géré. (..) en effet, ils n'ont pas mis en œuvre le marché interne de la façon qui avait été prévue au départ, de sorte que, en pratique, je dirais qu'il n'y a jamais eu entre les hôpitaux et les autres fournisseurs de soins de santé la concurrence qui avait été prévue, et que ce qu'on appelait l'expérience du marché interne n'a jamais été mise à l'essai de la façon prévue au départ.***
>
> ***Chris Ham, directeur, Centre de gestion des services de santé, Royaume-Uni (20:29)***

Ensuite, comme le faisait par ailleurs remarquer le professeur Julian Le Grand, la constatation sans doute la plus frappante, c'est à quel point, dans l'ensemble, peu de changements mesurables semblent avoir découlé des mécanismes fondamentaux des réformes qui avaient pour but d'introduire dans le système public des éléments de concurrence fondés sur l'économie de marché[49].

Pourquoi la séparation des rôles d'acheteur et de fournisseur n'a-t-elle pas fonctionné comme on l'envisageait à l'origine? Selon Ake Blomqvist, l'explication la plus plausible, c'est qu'il n'y a pas eu de mesures d'encouragement pour que ça fonctionne, dans un camp comme dans l'autre du marché[50]. Comme il le fait remarquer, dans le camp des fournisseurs, les hôpitaux, fonctionnant déjà presque à pleine capacité, ne sont pas incités à admettre plus de patients, même si cela fait augmenter les recettes. Dans le camp des acheteurs, les administrations de la santé auraient pu compromettre la situation des hôpitaux sur leur territoire si elles avaient acheté ailleurs. Cela aurait pu entraîner des mises à pied, voire des fermetures d'établissement, ce qui aurait détruit les liens de confiance qui avaient été tissés depuis de nombreuses années et dont le fonctionnement du système dépendait toujours.

Toutefois, il importe aussi de noter que le système des « Fundholdings » pour les généralistes est vite devenu plus populaire que prévu. Au début des années 90, cela passait pour un élément mineur de la réforme globale, mais divers facteurs ont contribué à la popularité inattendue du système. Les premières données ont révélé que ce système pouvait améliorer les services reçus par les patients, ce qui a eu un effet domino, bien des médecins ne voulant pas être laissés pour compte. L'administration Thatcher a accéléré ce mouvement en offrant aux généralistes du régime d'autres avantages (p. ex. des ordinateurs) auxquels n'avaient pas droit les autres médecins. De plus, le système des « Fundholdings » permettait aux généralistes de jouer un plus grand rôle qu'auparavant dans l'ensemble du système de soins de santé. Les spécialistes

---

[49] Le Grand, Julian, « Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service », *Health Affairs*, mai-juin 1999, p. 31.

[50] Blomqvist, Ake, *Health Care Reform in Canada: Lessons from the U.K, Japan and Holland*, article non publié, p. 44.

des hôpitaux ont dû se montrer plus attentifs et plus responsables envers les généralistes qui pouvaient désormais faire affaire ailleurs.

Toutefois, les experts ne s'entendent toujours pas sur la façon d'évaluer le bilan global. Selon certains, le « marché interne » n'a jamais vraiment été mis à l'essai, les mesures incitatives étaient insuffisantes et les contraintes étaient trop nombreuses. Selon d'autres, il est impossible de mettre en place un marché qui fonctionne bien dans un système de soins de santé qui est financé en grande partie par des fonds publics. Pour l'instant, l'administration Blair a opté pour un système qui favorisera une plus grande collaboration entre les divers intervenants tout en conservant de nombreux aspects du mécanisme de séparation des rôles d'acheteur et de fournisseur que la précédente administration Thatcher avait introduit.

CHAPITRE SIX :

LES SOINS DE SANTÉ AUX ÉTATS–UNIS

6.1 Responsabilité de L'État[51]

Les États–Unis sont une république de régime fédéral constituée d'un gouvernement national (fédéral) et de cinquante gouvernements d'État. Les États et le gouvernement national ont chacun une constitution écrite, qui énonce ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire. Dans le domaine de la santé, l'assurance privée prévaut, mais chaque palier de gouvernement a aussi un rôle à jouer :

- Comme au Canada, le **gouvernement national** aux États–Unis fournit des services de santé à des groupes particuliers, dont le personnel militaire, les anciens combattants ayant une invalidité liée au service, les Américains autochtones (Amérindiens et Autochtones d'Alaska) et les détenus des prisons fédérales. Plus important, le gouvernement national a le pouvoir de lever des impôts et de dépenser pour le bien–être général de la population, y compris pour les soins de santé[52]. La responsabilité d'administrer les programmes d'assurance–santé Medicare et Medicaid et le récent State Children's Health Insurance Program (SCHIP) incombe à l'Administration du financement des soins de santé du ministère de la Santé et des Services humanitaires. De plus, le gouvernement fédéral réglemente l'assurance- santé fournie par les employeurs et les organismes de gestion des soins qui participent aux régimes qu'il subventionne.
- **Les gouvernements des États** délivrent les permis des hôpitaux et du personnel soignant et s'occupent de l'hygiène publique (assainissement, qualité de l'eau, etc.) et de la santé mentale. Les États peuvent générer leurs propres recettes en percevant plusieurs types d'impôt, et il n'y a pas de limite fédérale à leurs pouvoirs d'imposition. Les gouvernements des États doivent respecter la réglementation fédérale lorsqu'ils reçoivent des fonds du gouvernement national sous le régime de Medicaid et du SCHIP. Ils ont aussi la responsabilité de réglementer l'assurance–santé privée, y compris les organismes de gestion des soins, comme Blue Cross/Blue Shield.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements des États offrent une assurance publique pour les soins de santé, mais le système de soins de santé américain demeure unique au

---

[51] Les renseignements présentés dans cette section sont tirés pour l'essentiel de M.W. Raffel et N.K. Raffel, "The Health System of the United States", dans *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania State University Press, 1997, pp. 263-289.

[52] Ce pouvoir constitutionnel a été interprété comme s'étendant au financement de la prestation des soins, à la recherche en santé et à l'enseignement en médecine et en sciences infirmières.

monde par sa forte dépendance à l'égard du secteur privé à la fois pour l'assurance et pour la prestation des services. Nous parlerons surtout ici de l'assurance–santé publique.

6.2 Assurance-santé et protection

Le gouvernement national des États–Unis administre et exploite Medicare, régime d'assurance–santé pour les personnes âgées. Avec les États, il finance Medicaid pour les pauvres et le State Children's Health Insurance Program (SCHIP) pour les enfants. Précisément :

6.2.1 Medicare

Medicare est un régime fédéral d'assurance–santé pour les personnes de 65 ans et plus, certains handicapés moins âgés et les gens ayant une insuffisance rénale terminale. Le régime n'a pas de critère de revenus. Il a deux volets :

- La *Partie A* couvre les services hospitaliers, les soins professionnels de réhabilitation dans un établissement de soins infirmiers, les soins palliatifs et certains soins à domicile[53]. La plupart des gens obtiennent la *Partie A* automatiquement lorsqu'ils atteignent 65 ans[54]. Ils n'ont pas à verser une prime ou un paiement mensuel pour avoir droit aux prestations de la *Partie A*, mais des frais d'utilisation peuvent être exigés. Pour 2001, chaque bénéficiaire doit payer une franchise de 792 $ US. Dans le cas des soins professionnels en établissement de soins infirmiers, la *Partie A* couvre tous les frais des 20 premiers jours, puis il faut une coassurance, pour les jours 21 à 100. Une coassurance de 20 % s'applique aussi au matériel médical (p. ex. la chaise roulante ou la marchette) dans le cas des soins à domicile. Dans le cas des soins palliatifs, il faut payer une partie des médicaments et des soins de répit en établissement. Les personnes à faible revenu peuvent se faire payer les frais d'utilisation de Medicare par l'État, sous le régime de Medicaid (décrit plus loin).
- La *Partie B* couvre les services de médecin, les soins hospitaliers à l'externe (y compris les visites à la salle d'urgence), le transport par ambulance, les tests diagnostiques, les services de laboratoire, certains soins préventifs (comme les dépistages par mammographie et test de PAP), les services de

[53] Les services hospitaliers comprennent la chambre semi–privée et les repas, des soins infirmiers généraux, les frais des salles d'opération et de réanimation, les soins intensifs, les médicaments, les analyses de laboratoire, les rayons X et les autres fournitures et services médicaux nécessaires (pour jusqu'à 90 jours par période d'indemnisation). Les soins professionnels en établissement de soins infirmiers qui sont assurés sont surtout destinés à la réhabilitation. La couverture comprend la chambre semi–privée et les repas, les soins infirmiers, les services de réhabilitation, les médicaments et les fournitures médicales (pour jusqu'à 100 jours par période d'indemnisation). Les soins à domicile assurés sont uniquement les services infirmiers à temps partiel ou intermittents prescrits par un médecin pour traitement ou réhabilitation. Sont exclus les services d'assistance (qui aident aux activités de la vie courante, p. ex., se laver, manger ou s'habiller).

[54] Les personnes qui n'y sont pas admissibles peuvent tout de même obtenir la couverture de la *Partie A* moyennant une prime mensuelle.

physiothérapeute et d'ergothérapeute et certains soins à domicile non couverts par la *Partie A*. La *Partie B* ne couvre pas les médicaments sur ordonnance, l'examen physique de routine, les soins dentaires, la chirurgie esthétique, les prothèses auditives ni les soins de la vue. La participation à la *Partie B* est facultative. Il faut payer une prime mensuelle (50 $ US en 2001) pour y participer avant l'âge de 65 ans. La prime mensuelle est plus élevée pour ceux qui commencent à participer sur le tard (et qui paieront cette prime plus élevée pour le reste de leur vie). La *Partie B* couvre 80 % du coût des services assurés. En plus d'avoir à assumer les 20 % restants (coassurance), les assurés doivent payer une franchise de 100 $ US par an. Les personnes à faible revenu peuvent se faire payer leur prime par l'État où ils vivent (sous Medicaid).

Medicare est offert par deux mécanismes. Il y a d'abord le régime original, sous lequel le gouvernement fédéral s'entend avec des assureurs privés (il y en a environ 55) pour qu'ils traitent les demandes et les règlent. Nombre de ces assureurs offrent à leur clientèle une police supplémentaire, ou « Medigap », qui aide à combler les lacunes du régime (coassurance, franchises et autres frais à payer par l'assuré). Certaines polices Medigap couvrent aussi des services non assurés par Medicare, comme les médicaments délivrés sur ordonnance. Quelque 80 % des bénéficiaires de Medicare participent au régime original.

Ensuite, depuis 1997, il existe l'option « Medicare+Choice », qui offre l'accès à des régimes de gestion de soins, par les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) et les organisations de fournisseurs privilégiés (OFP), ainsi qu'à des caisses d'épargne-santé ou autres options d'assurance–santé privée[55]. Les régimes de gestion des soins Medicare ont les caractéristiques suivantes :

- Ils fournissent tous les services offerts par le régime Medicare original;
- Ils peuvent offrir diverses prestations supplémentaires, pour les soins préventifs, les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les prothèses auditives, les lunettes et autres éléments non assurés par le régime Medicare d'origine. Le coût de ces avantages supplémentaires varie beaucoup d'un régime à un autre.
- Ils restreignent habituellement le choix des fournisseurs. Par exemple, les clients qui adhèrent à une OSSI ne peuvent se faire soigner que par les médecins employés par l'OSSI et dans des hôpitaux lui appartenant.
- Les restrictions de choix permettent à ces régimes de faire des économies par comparaison au coût moyen de l'assurance Medicare d'origine. Les personnes qui prennent l'option OSSI paient une prime inférieure pour l'assurance de la *Partie B* de Medicare.

[55] Une OSSI offre des services de santé fournis par une sélection de médecins et d'hôpitaux. Moyennant des frais mensuels, les participants reçoivent les soins au besoin. Les OFP sont une forme simplifiée d'OSSI, en ce qu'elles donnent à leurs participants des encouragements pour qu'ils recourent à un nombre limité de fournisseurs choisis à prix réduit. Les comptes d'épargne médicale sont actuellement offerts à l'essai.

6.2.2 Medicaid et le SCHIP

Medicaid est un régime d'assurance–santé conjoint du gouvernement fédéral et des États offert aux personnes à faible revenu. Il applique le critère des revenus, mais un revenu faible n'est pas la seule condition d'admissibilité. Les biens et les ressources peuvent aussi ne pas devoir dépasser certains seuils. La couverture de base comprend les services de médecin, les services hospitaliers, les services de laboratoire et de rayons X, etc. Le gouvernement fédéral verse une somme correspondant aux coûts engagés par l'État pour assurer les pauvres et il établit des directives nationales générales. Toutefois, chaque État 1) administre son propre programme, 2) établit ses propres conditions d'admissibilité, 3) détermine le type, la quantité, la durée et l'envergure des services et 4) fixe les tarifs. Les programmes Medicaid varient donc d'un État à un autre.

Medicaid n'assure pas toutes les personnes pouvant être considérées comme pauvres. Le régime couvre ceux qui sont dans le besoin parce qu'ils appartiennent à une catégorie donnée ou qui sont indigents du point de vue médical. La population « nécessiteuse par catégorie » comprend les personnes qui reçoivent des paiements de soutien du revenu avec participation fédérale (surtout les enfants, les personnes âgées, les aveugles et les handicapés). La population « médicalement nécessiteuse » comprend les bénéficiaires d'aide sociale qui ne reçoivent pas d'aide pécuniaire du fédéral mais dont le revenu net est inférieur au seuil fixé par l'État. La plupart des États ont des programmes additionnels qu'ils financent seuls pour fournir une aide médicale à certains pauvres qui n'ont pas droit à Medicaid. Les États peuvent exiger des frais d'utilisation de certains bénéficiaires de Medicaid pour certains services. Toutefois, des frais d'utilisation ne sont pas exigés pour les services d'urgence ni imposés aux femmes enceintes et aux moins de 18 ans.

Le SCHIP est un programme lancé en 1997 par le gouvernement fédéral pour étendre la couverture publique des soins de santé à des enfants autrement non assurés. Dans le contexte de ce programme, chaque État reçoit des paiements de contrepartie bonifiés du fédéral jusqu'à un montant fixe. Le SCHIP est parfois offert comme une extension de Medicaid et parfois dans le cadre d'un programme distinct de l'État. Il permet à l'État d'offrir une couverture aux enfants de familles ayant un revenu de travail trop élevé pour donner droit à Medicaid mais trop faible pour payer une assurance privée.

Comme Medicare, le régime Medicaid est fourni aux bénéficiaires par différents dispositifs de paiement.

6.2.3 Protection des assurances publiques et privées

Dans l'ensemble, l'assurance–santé publique couvre quelque 24 % de la population des États–Unis. L'assurance privée, achetée directement ou obtenue comme avantage d'emploi, domine. La majorité des Américains ayant une couverture privée sont assurés par un régime parrainé par l'employeur.

Les employeurs américains peuvent offrir à leurs employés un régime d'auto-assurance ou un régime d'assurance par un tiers. Les employeurs auto-assurés gèrent habituellement leur propre régime; quelques-uns ont même leurs propres installations de soins de santé. Outre les régimes commerciaux, il y a des tiers tels que les OSSI et les OFP qui

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

assurent des services de santé et les dispensent. Il est reconnu que les OSSI, les OFP et les régimes parrainés par l'employeur offrent au patient un choix limité de fournisseurs de soins. Quiconque n'a pas accès à une protection de l'employeur peut souscrire directement une police d'assurance-santé auprès d'un assureur commercial ou d'une OSSI.

> ***Les États-Unis constituent un cas unique au niveau de la source de l'assurance-santé, l'employeur étant le principal assureur aux États-Unis. (...) Dans un sens, l'assurance-santé fait partie de la rémunération globale des travailleurs. (...) 63 p. 100 des assurés sont protégés par des programmes parrainés par les employeurs.***
>
> *Christine Schmidt, Ministère américain de la santé et des ressources humaines, (23:5)*

Selon un rapport de Santé Canada, l'assurance d'employeur est facultative (sauf à Hawaii), mais elle est encouragée par la politique fiscale. La contribution de l'employeur aux coûts de soins de santé des employés revient essentiellement, au bout du compte, à un substitut de rémunération[56].

Malgré la disponibilité des assurances–santé publiques et privées, on estime que quelque 43 millions d'Américains, soit 15,5 % de la population, n'ont aucune assurance (voir le tableau plus loin). De plus, une bonne partie des Américains demeurent sous–assurés (c.–à–d. qu'ils ont une certaine couverture, mais qu'il n'y a pas de limite aux frais qu'ils ont à payer eux–mêmes).

TYPE D'ASSURANCE–SANTÉ ET DE PROTECTION AUX ÉTATS–UNIS, 1999

	Nombre de personnes (millions)	Pourcentage de la population (%)
Assurance privée	194 599	71,0
Parrainée par l'employeur	172 023	62,8
Assurance publique	66 176	24,1
Medicare	36 066	13,2
Medicaid	27 890	10,2
Armée	8 530	3,1
Total de la population assurée	231 533	84,5
Non assurée	42 554	15,5
Total	274 087	100,0

Remarque : Les estimations par type de couverture ne s'excluent pas mutuellement : certaines personnes sont assurées sous plus d'un régime. Source : US Census Bureau et Bibliothèque du Parlement.

[56] Direction générale de la politique de la santé et des communications, Direction des affaires internationales (Santé Canada), *US Health Care System*, 15 janvier 2001.

assurent des services de santé et les dispensent. Il est reconnu que les OSSI, les OFP et les régimes parrainés par l'employeur offrent au patient un choix limité de fournisseurs de soins. Quiconque n'a pas accès à une protection de l'employeur peut souscrire directement une police d'assurance-santé auprès d'un assureur commercial ou d'une OSSI.

> ***Les États-Unis constituent un cas unique au niveau de la source de l'assurance-santé, l'employeur étant le principal assureur aux États-Unis. (...) Dans un sens, l'assurance-santé fait partie de la rémunération globale des travailleurs. (...) 63 p. 100 des assurés sont protégés par des programmes parrainés par les employeurs.***
>
> *Christine Schmidt, Ministère américain de la santé et des ressources humaines, (23:5)*

Selon un rapport de Santé Canada, l'assurance d'employeur est facultative (sauf à Hawaii), mais elle est encouragée par la politique fiscale. La contribution de l'employeur aux coûts de soins de santé des employés revient essentiellement, au bout du compte, à un substitut de rémunération[56].

Malgré la disponibilité des assurances–santé publiques et privées, on estime que quelque 43 millions d'Américains, soit 15,5 % de la population, n'ont aucune assurance (voir le tableau plus loin). De plus, une bonne partie des Américains demeurent sous–assurés (c.–à–d. qu'ils ont une certaine couverture, mais qu'il n'y a pas de limite aux frais qu'ils ont à payer eux–mêmes).

TYPE D'ASSURANCE–SANTÉ ET DE PROTECTION AUX ÉTATS–UNIS, 1999

	Nombre de personnes (milliers)	**Pourcentage de la population (%)**
Assurance privée	194 599	71,0
Parrainée par l'employeur	172 023	62,8
Assurance publique	66 176	24,1
Medicare	36 066	13,2
Medicaid	27 890	10,2
Armée	8 530	3,1
Total de la population assurée	231 533	84,5
Non assurée	42 554	15,5
Total	**274 087**	**100,0**

Remarque : Les estimations par type de couverture ne s'excluent pas mutuellement : certaines personnes sont assurées sous plus d'un régime. Source : US Census Bureau et Bibliothèque du Parlement.

[56] Direction générale de la politique de la santé et des communications, Direction des affaires internationales (Santé Canada), *US Health Care System*, 15 janvier 2001.

6.3 Financement des soins

Aux États–Unis, les soins de santé sont financés surtout par des sources privées (55 %), le reste (45 %) venant de sources publiques. Les dépenses privées comprennent l'assurance–santé privée (33 %), les frais payés par les assurés des régimes publics et privés (17 %) et d'autres sources (5 %). Le gouvernement fédéral assume environ 33 % des dépenses totales de soins de santé, les états et les administrations locales assumant les 12 % restants.

La *Partie A* de Medicare est financée principalement par les charges sociales : celles–ci sont obligatoires et fixées à 1,45 % pour les employeurs et à 1,45 % pour les employés. La *Partie B* de Medicare est financée par les primes et les recettes fiscales générales (du gouvernement fédéral et des États). Comme il a été indiqué plus haut, une partie du financement de Medicare provient de divers frais d'utilisation.

La partie de Medicaid payée par le gouvernement fédéral l'est à partir des recettes générales. La part fédérale, ou *Federal Medical Assistance Percentage (FMAP)*, est déterminée annuellement pour chaque État, selon une formule qui compare le revenu moyen par habitant de l'État avec la moyenne nationale. La loi prévoit que le FMAP ne peut être inférieur à 50 % ou supérieur à 83 %. Les États plus riches se font rembourser une portion moindre de leurs coûts. Le gouvernement fédéral assume en outre une partie de ce que les États dépensent pour administrer Medicaid, assumant 50 % de la plupart des frais administratifs de tous les États.

6.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des médecins aux États–Unis sont en pratique privée. Sous le régime Medicare, ils sont payés à l'acte. Toutefois, depuis 1997, avec l'avènement des organisations de gestion des soins, d'autres modes de rémunération, par exemple la capitation, gagnent en popularité.

Sous Medicaid, les médecins sont payés directement. Chaque État dispose d'une latitude assez grande pour déterminer le mode de remboursement, dont le paiement à l'acte et diverses formules de prépaiement, comme le système de capitation utilisé par les OSSI. Les médecins qui participent au régime doivent accepter le remboursement Medicaid comme paiement complet.

Selon Colleen Flood, environ 15 % des hôpitaux américains sont des établissements privés à but lucratif, 60 %, des établissements privés sans but lucratif et le reste, 25 %, appartiennent aux États ou aux administrations locales[57]. Sous le régime Medicare, les spécialistes en milieu hospitalier sont rémunérés à l'acte.

De plus, Medicare rembourse les services hospitaliers selon un système de « diagnostics regroupés pour la gestion » (DRG). Ce système est fondé sur une liste de quelque 500 services, à chacun desquels est affecté un coût national moyen. Au moment de l'admission, le patient est assigné à une des 500 catégories. À la fin du traitement, l'hôpital reçoit le montant indiqué sur la liste. Ce montant ne dépend ni de la durée du séjour ni de la quantité de services

[57] Colleen Flood, *Profiles of Six Health Care Systems*, 30 avril 2001, pp. 3-5.

réellement fournis. Le système DRG vise à encourager l'efficacité en récompensant les hôpitaux capables de traiter des patients à un coût moindre que le coût moyen. Certains États aussi appliquent cette méthode pour financer les hôpitaux qui fournissent des services assurés par Medicare.

6.5 Particularités

Contrairement au Canada, il n'y a pas aux États-Unis de régime public d'assurance-santé qui protège tous les citoyens. Toutefois, Medicare offre une protection universelle à tous les Américains de plus de 65 ans et Medicaid garantie une protection à un groupe restreint de la population, notamment aux citoyens à faible revenu.

Dans les années 90, alors qu'il était question de constituer un régime universel d'assurance-santé aux États-Unis, on a proposé d'adopter le système canadien. Par ailleurs, on a aussi proposé d'offrir une protection universelle en étendant simplement Medicare à tous les citoyens. Ces deux propositions se ressemblent à maints égards. Comme dans le système canadien, la version traditionnelle de Medicare permet au patient de s'adresser aux fournisseurs de son choix, et les médecins, généralistes et généralistes, sont rémunérés à l'acte selon une tarification réglementée.

Il y a toutefois des différences importantes. D'abord, dans le régime Medicare. il y a des frais modérateurs et le bénéficiaire qui le désire peut souscrire une assurance-santé privée supplémentaire qui couvre tout ou partie de ces frais modérateurs. Ensuite, le bénéficiaire de Medicare ne peut choisir entre le régime public traditionnel et ceux des OSSI et, financièrement, il a intérêt à opter pour ces derniers qui sont moins chers que le premier. Enfin, les modes de financement des hôpitaux sont très différents; aux États-Unis, c'est le système de remboursement DRG (système de remboursement par diagnostics regroupés) qui s'applique.

Dans l'ensemble, au Canada, les experts de la santé et la population conviennent unanimement que le système de soins de santé canadien est en général nettement supérieur au système américain. Aux États-Unis, une forte proportion de la population n'a aucune protection en matière de soins de santé, et nombre d'Américains sont insuffisamment protégés.

CHAPITRE SEPT :

CAISSES D'ÉPARGNE-SANTÉ (CES)

Ces dernières années, plusieurs formules de caisse d'épargne-santé (CES) ont été proposées au Canada[58]. Les CES sont des comptes analogues à un compte en banque mais ils servent à payer les dépenses de soins de santé d'une personne ou d'une famille. Elles sont souvent établies conjointement à une assurance-santé servant à couvrir des coûts catastrophiques (avec franchise élevée). Les sommes investies dans une CES appartiennent au titulaire du compte qui en dispose comme il l'entend, s'accumulent en franchise d'impôt et ne sont pas imposées si elles sont utilisées pour fins de soins de santé.

Les CES nécessitent trois niveaux de paiement. Premièrement, l'argent contenu dans le compte est utilisé pour couvrir des dépenses de soins de santé normales. Par la suite, si le compte est épuisé mais que la franchise n'est pas atteinte, l'intéressé paie ses dépenses lui-même. Enfin, la police d'assurance couvre les dépenses qui excèdent la franchise.

La théorie générale qui sous-tend cette formule est simple : les consommateurs font des choix plus judicieux et plus rentables lorsqu'ils dépensent leur propre argent que lorsque l'État paie la facture. Les CES peuvent être structurées de diverses manières et elles existent dans plusieurs pays. On trouvera dans le présent chapitre un aperçu du fonctionnement des CES à Singapour, en Afrique du Sud et aux États-Unis. On discute également d'un projet de CES envisagé pour Hongkong[59].

7.1 Les CES à Singapour

La philosophie du gouvernement de Singapour en matière de prestation de soins de santé peut être résumée en ces termes : associer responsabilité individuelle et subventions gouvernementales pour que les soins de santé demeurent abordables. Dans un aperçu du système de soins de santé de Singapour, on décrit la situation de la manière suivante :

> *On s'attend des malades qu'ils assument une partie des coûts des services de santé qu'ils utilisent, et ils paient une proportion plus forte des coûts quand ils exigent un niveau de service élevé. Le principe de la quote-part s'applique même aux*

---

[58] Voir les documents suivants : (1) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker réd., *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in a Canadian Context*, The Fraser Institute, 1996; (2) Cynthia Ramsay, "Medical Savings Accounts", *Critical Issues Bulletin*, The Fraser Institute, 1998; (3) David Gratzer, *Code Blue – Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999; (4) Dennis Owens et Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, juillet 2000.

[59] Le présent chapitre est un résumé d'un document beaucoup plus complet sur les CEM rédigé par Margaret Smith de la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement. On peut consulter ce document sur le site Web du Comité.

établissements les plus fortement subventionnées et ce, pour éviter les écueils de la prestation de services de santé « gratuits »[60].

Donc, à Singapour, le financement des soins de santé provient de sources publiques et privées : recettes fiscales générales, cotisations des employeurs et des salariés, épargne obligatoire, assurance privée et apport des particuliers[61]. Comme la responsabilité individuelle à l'égard des dépenses de soins de santé est l'un des dogmes fondamentaux du système d'assurance-santé de Singapour, le gouvernement a rendu obligatoire l'épargne-santé et institué trois programmes publics :

- **Medisave** est un programme d'épargne obligatoire pour certains soins de santé. Aux termes de ce programme institué en 1984, tous les salariés doivent verser en cotisation une proportion donnée de leur revenu, l'employeur versant une cotisation égale. Ces cotisations sont déposées dans un fonds central géré par le gouvernement national. Le total des cotisations au régime est plafonné, « de manière à éviter que le solde du fonds ne devienne excessivement important, ce qui risquerait d'entraîner une consommation futile de services de santé »[62]. L'argent figurant au compte Medisave peut servir à payer des services hospitaliers et certains autres frais médicaux pour le titulaire du compte et sa famille. Les retraits du compte sont assujettis à des plafonds qui exigent une certaine quote-part des patients, particulièrement s'ils se font soigner dans un hôpital privé ou s'ils choisissent des chambres coûteuses dans des hôpitaux publics. Medisave couvre aussi certains traitements ambulatoires coûteux comme la radiothérapie, la chimiothérapie, la dialyse rénale et les médicaments antirétroviraux de lutte contre le sida. Sous réserve de l'obligation de conserver un certain solde dans leur compte, les titulaires peuvent retirer l'argent de leur compte Medisave à 55 ans. En outre, tout solde au compte peut être versé à la succession du titulaire au décès de celui-ci.
- **MediShield** est un régime facultatif peu coûteux d'assurance en cas de maladie invalidante conçu pour couvrir les frais médicaux associés à une maladie grave de longue durée. Ce régime, institué en 1990, est un complément de Medisave ouvert aux titulaires de compte Medisave de moins de 75 ans. Les cotisations au MediShield sont payées à même les cotisations versées à Medisave et varient en fonction de l'âge. MediShield couvre la plupart des frais médicaux, notamment les soins intensifs, les opérations chirurgicales et les implants. Sont aussi couverts les services ambulatoires de dialyse rénale et de chimiothérapie, la radiothérapie pour le traitement du cancer et certains médicaments destinés aux malades qui ont reçu une

---

[60] Ministère de la Santé, Singapour, Overview of the Singapore Healthcare System, février 2001, http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html.

[61] L'information sur le programme Medisave est tirée d'un document du ministère de la Santé de Singapour, *Health Care Financing in Singapore*, juin 2000. Disponible sur Internet à l'adresse http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html.

[62] *Health Care Financing in Singapore*, juin 2000.

transplantation d'organe et aux malades en prédialyse et en dialyse. Les malades sont tenus de participer aux frais, sous réserve d'un plafond annuel[63].

- **Medifund** est un fonds de dotation public destiné à aider les pauvres et les indigents qui ont besoin de soins hospitaliers. Le gouvernement a fait un investissement initial, suivi d'autres injections de capital. Les revenus d'intérêt (mais non le principal) sont distribués au cas par cas aux hôpitaux publics.

D'après une étude réalisée en 1996 pour le compte du National Center for Policy Analysis des États-Unis sur les CES à Singapour, le système de Singapour « encourage une diminution de la consommation tout en offrant une protection contre les événements exceptionnels et les abus»[64]. Comme les gens commencent à épargner très jeunes, les sommes accumulées permettent de couvrir les coûts qui surviennent plus tard dans la vie, lorsque les besoins en soins médicaux augmentent. Les auteurs de l'étude concluent que Medisave et MediShield donnent de bons résultats dans un système qui combine l'épargne des particuliers pour les soins de santé et l'administration publique du système de soins de santé a permis de maintenir les coûts globaux des soins de santé à un niveau relativement bas[65]. Cependant, une autre étude mentionnée dans un numéro récent des Commentaires de l'Institut C.D. Howe (avril 2001) rapporte que les hôpitaux de Singapour ne sont pas compétitifs au niveau des prix et que les dépenses de soins de santé par habitant se sont mises à augmenter plus rapidement qu'avant après l'institution du système des CES[66].

7.2 Les CES en Afrique du Sud

Le marché de l'assurance-santé privée d'Afrique du Sud offre aux résidants un grand éventail de régimes qui leur permettent de se faire soigner dans des établissements privés. Depuis leur création en 1994, les CES se sont répandues et représentent maintenant la moitié du marché de l'assurance privée[67].

En Afrique du Sud, les CES permettent essentiellement deux choses : (1) payer des soins couverts par l'assurance mais d'un montant inférieur à la franchise prévue dans les polices d'assurance-santé et (2) payer certains types de soins non couverts par l'assurance (par exemple la chirurgie corrective de l'œil). Les CES sont des régimes d'assurance qui présentent les caractéristiques suivantes :

---

63 Une bonne partie de l'information sur MediShield provient du ministère de la Santé de Singapour à l'adresse http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(B).html.

64 Thomas A. Massaro et Yu-Ning Wong, *Medical Savings Accounts: The Singapore Experience*, NCPA Policy Report No. 203, avril 1996, p. 2. Document disponible sur Internet à l'adresse http://www.ncpa.org/studies/s203/s203.html.

65 *Ibid.*, pp. 11-12.

66 Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, Commentaire de l'Institut C.D. Howe, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System, Lessons from Abroad*, nº 151, avril 2001, p. 18 (voir www.cdhowe.org).

67 Une bonne partie de l'information sur les comptes d'épargne médicale en Afrique du Sud est tirée d'un rapport intitulé *Medical Savings Accounts in South Africa*, préparé par Shaun Matisonn pour le compte du National Center for Policy Analysis des États-Unis, NCPA Policy Report No. 234, juin 2000. (voir http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html).

- couverture intégrale des services non discrétionnaires comme les pontages coronariens et les autres services aux malades hospitalisés;
- franchise d'environ 1 200 $ pour les dépenses discrétionnaires comme les frais de visite chez le médecin et les autres services ambulatoires;
- couverture intégrale du coût des médicaments nécessaires au traitement de certaines affections chroniques[68].

Les cotisations aux CES bénéficient d'un régime fiscal avantageux. Les deux tiers des cotisations d'un employeur pour le compte d'un salarié sont déductibles du revenu imposable du salarié et les deux tiers de la cotisation du salarié peut être versée en argent avant impôt[69].

Dans l'ensemble, les divers régimes d'épargne-santé offerts en Afrique du Sud présentent une grande souplesse. On constate peu de plafonds des cotisations qu'une personne peut faire à sa CES pour couvrir ses frais de soins de santé en deçà de sa franchise. Une personne ou un employeur peuvent cotiser, et les sommes non dépensées peuvent être remises au titulaire du compte une fois par année[70].

Une étude préparée pour le compte du National Center for Policy Analysis (NCPA), un partisan de longue date des CES, a conclu que les CES avaient donné de bons résultats en Afrique du Sud. Ils sont devenus populaires en grande partie grâce à une réglementation souple qui permet aux assureurs d'adapter les régimes aux besoins du marché privé et ils encouragent un mode de vie propre à assurer santé et bien-être[71]. Plus précisément, les auteurs de l'étude signalent que :

- les CES font économiser de l'argent – en moyenne, les titulaires de CES dépensent moitié moins en services ambulatoires et en médicaments que les personnes qui adhèrent à des régimes classiques;
- rien ne permet de conclure que les titulaires de CES ont substitué des soins exempts de franchise à des soins assujettis à une franchise élevée;
- il ne semble pas non plus que les titulaires de CES renoncent aux soins dont ils ont besoin – après comparaison des réclamations pour maladie invalidante aux termes d'une CES et aux termes d'une police classique, le nombre des réclamations de ce genre émanant de titulaires de CES ne paraît pas indûment élevé;

---

[68] *Ibid.*, p. 9.
[69] *Ibid.*, p. 10.
[70] *Ibid.*
[71] On signale par exemple dans le rapport qu'un régime en particulier administre un système de points accordés par exemple pour la réalisation de tests préventifs comme les tests de PAP et les mamogrammes ou pour la participation à des programmes de conditionnement physique. Les points accumulés peuvent être échangés entre autres contre des billets d'avion.

- les CES intéressent les personnes en bonne santé, mais ils peuvent être avantageux pour les personnes malades dont les coûts de soins de santé sont élevés[72].

7.3 Les CES aux États-Unis

Une bonne partie du débat et des textes sur les CES et le gros de la controverse entourant cette formule proviennent des États-Unis où, avec la hausse des coûts des soins de santé et les critiques de plus en plus nombreuses que suscite le système de soins administrés par les HMO (organisations de soins de santé intégrés) et d'autres fournisseurs, les CES sont présentées comme une bonne façon de réduire les dépenses de soins de santé et d'habiliter les consommateurs de services de santé.

La CES bénéficie d'un régime fiscal favorable au niveau fédéral et au niveau des États. Ils sont actuellement offerts par les régimes d'assurance des employeurs et par Medicare Plus Choice.

7.3.1 CES du Secteur privé

Le premier programme fédéral américain autorisant un régime fiscal avantageux pour les CES est entré en vigueur le 1er janvier 1997. La *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) instituait un projet de démonstration de caisses d'épargne-santé d'une durée de quatre ans se terminant en 2000 et précisait les conditions du régime fiscal de ces comptes au niveau fédéral. Le projet de démonstration a depuis été reconduit pour une période de deux ans.

La démonstration est limitée à 750 000 titulaires de CES[73]. Sont autorisés à participer au programme fédéral les travailleurs indépendants et les entreprises qui emploient 50 salariés ou moins. (Les États, eux, ne plafonnent pas le nombre des salariés.) Les entreprises qui emploient plus de 50 salariés ne peuvent pas offrir à leurs employés le bénéfice des dégrèvements fiscaux fédéraux visant les CES, mais peuvent quand même offrir des régimes similaires assortis de règles fiscales moins généreuses.

Pour être admissibles, les participants doivent souscrire une police d'assurance-santé à franchise élevée pour couvrir les dépenses de soins de santé importantes. Il s'agit d'une police complète dont la franchise est plus élevée que les régimes de soins médicaux ordinaires et qui comporte un plafond annuel à l'égard des frais payés directement par le titulaire. Pour une personne, la franchise doit se situer entre 1 550 et 2 350 $ (avec un plafond de dépenses directes de 3 100 $), et pour les familles, la franchise doit se situer entre 3 100 et 4 650 $ (avec un plafond de 5 700 $ de dépenses directes). La CES est établie par l'intermédiaire d'un fiduciaire qui peut être une banque, une société d'assurance ou toute autre entité approuvée par le Internal Revenue Service.

---

[72] *Ibid.*, p. 15-17.

[73] La publication 969 du Internal Revenue Service contient une description détaillée des conditions des CEM fédéraux. C'est d'elle que sont tirés les renseignements sur les CEM fédéraux. (http://www.irs.ustreas.gov/prod/forms_pubs/pubs/p96901.htm).

Un employeur ou un salarié peuvent cotiser à une CES, mais pas les deux la même année. Le plafond des cotisations est établi à 65 % de la franchise annuelle du régime de soins dans le cas des personnes seules et à 75 % dans le cas des familles. Il existe aussi des plafonds fondés sur le salaire ou la rémunération des salariés. La CES est transférable : elle appartient au titulaire du compte et suit le salarié lorsque celui-ci change d'emploi.

Les CES offrent un certain nombre d'avantages fiscaux. Les dépôts des employeurs dans un régime de CES ne sont pas considérés comme des avantages sociaux imposables, les cotisations des salariés donnent droit à une déduction fiscale et les fonds s'accumulent dans les CES en franchise d'impôt. Par contre, les cotisations qui excèdent le plafond annuel sont frappées d'une taxe d'accise de 6 %. Le plus souvent, les fonds des CEM servent à payer des soins de santé ordinaires. Les retraits des comptes sont libres d'impôt si l'argent sert à payer des frais de soins de santé qui donneraient droit à une déduction pour frais médicaux pour les fins de l'impôt sur le revenu. Les fonds qui ne sont pas utilisés à des fins de soins de santé sont frappés d'impôt et d'une pénalité fiscale. Le solde du compte en fin d'année peut être reporté sur l'année suivante sans pénalité.

Il est possible de désigner un bénéficiaire du compte. Si le bénéficiaire est le conjoint, au décès du titulaire, le compte est traité comme le régime du conjoint. Si le bénéficiaire est une personne autre que le conjoint, au décès du titulaire, le compte perd sont statut de CES et le bénéficaire désigné paie de l'impôt sur la juste valeur marchande du compte. Lorsqu'il n'y a pas de bénéficiaire désigné, la juste valeur marchande du compte est intégrée à la dernière déclaration de revenus de la personne décédée.

Les promoteurs de la loi de 1997 pensaient que les assureurs entreraient rapidement sur le marché des CES et que beaucoup de gens ouvriraient des CES. Cependant, le marché s'est développé lentement et on compte actuellement environ 100 000 CES[74].

Dans un rapport présenté au Congrès par la Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) sur les caisses d'épargne-santé dans le contexte de Medicare (novembre 2000), on cite quatre grands facteurs pour expliquer la lenteur du développement des CES[75] : offre limitée, manque d'intérêt des courtiers, demande limitée et problèmes de conception.

- *Offre limitée* - La loi fédérale limite l'admissibilité aux travailleurs autonomes et aux entreprises employant 50 salariés ou moins. D'après le rapport MedPac, ces conditions ont pour effet de limiter les fournisseurs de CES aux sociétés d'assurance qui s'intéressent au marché des particuliers et des petits groupes. Certaines sociétés ont offert le produit pour avoir une présence sur le marché au cas où les CES deviendraient populaires, mais beaucoup n'ont pas fait d'effort vigoureux de promotion quand elles se sont rendu compte que les CES suscitaient peu d'intérêt. Les assureurs hésitaient aussi parce que les CES ont été instituées dans le contexte d'un projet de démonstration de quatre ans[76]. De même, dans un rapport du General Accounting Office (GAO) des

[74] Linda Klinger, "Few Takers for Medical Savings Accounts, *Washington Business Journal*, 2 avril 2001. (http://washington.bcentral.com/washington/stories/2001/04.02/focus4.html).

[75] Medicare Payment Advisory Commission (MedPac), Report to Congress, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, novembre 2000, pp. 6-7 (http://www.medpac.gov/).

[76] *Ibid.*, p. 6.

États-Unis aux comités du Congrès chargés des CES (décembre 1998), on fait observer que, si de nombreux assureurs offrent des régimes de CES, peu en font une promotion vigoureuse[77].

- *Manque d'intérêt des courtiers* - Le rapport MedPac signale que les agents ne semblent pas s'intéresser outre mesure à la vente des CES. Comme les polices relatives aux CES sont assorties d'une prime en général moins élevée que les autres types de polices, elles rapportent moins aux agents en commissions. En outre, comme le public connaît mal les CES et parce que les comptes sont relativement compliqués, la vente du produit exige beaucoup de temps de la part des agents. Ceux-ci sont donc peu enclins à investir le temps nécessaire pour se renseigner à fond sur le produit et le vendre[78].

- *Demande limitée* - Le rapport MedPac fait remarquer que les travailleurs autonomes constituent potentiellement un important marché. Cependant, la majeure partie d'entre eux continuent de préférer la certitude associée aux régimes classiques de soins de santé assortis de franchises relativement faibles[79]. Le rapport au GAO confirme que les ventes sont inférieures aux prévisions. Certains des assureurs qui ont participé au sondage du GAO n'étaient pas étonnés des bas chiffres de vente compte tenu de la complexité du produit et des restrictions associées au projet de démonstration[80].

- *Problèmes de conception* - Le rapport MedPac signale par ailleurs que les restrictions qui s'appliquent aux régimes fédéraux de CES nuisent à l'essor de cette formule. En effet, ces restrictions, destinées à l'origine à atténuer les craintes quant aux répercussions fâcheuses du programme sur les recettes fiscales et sur le marché de l'assurance-santé dans l'éventualité où des CES seraient ouvertes par un grand nombre de personnes en santé et relativement riches, ont eu un effet un peu dissuasif. Par conséquent, le nombre des polices a été limité à 750 000, et aucune nouvelle police ne pouvait être émise après le 31 décembre 2000; on a institué un seuil et un plafond pour les franchises; on a imposé un plafond sur les dépenses assumées par le consommateur; le montant pouvant être versé dans une CES a été limité à une fourchette oscillant entre 65 et 75 % de la franchise; enfin, seul le salarié ou l'employeur pouvaient cotiser, mais pas les deux[81].

Un rapport de 1998 du National Center for Policy Analysis examine les obstacles qui nuisent à l'expansion du marché américain des CES[82]. Le NCPA pense entre autres que la fourchette des franchises permises est trop étroite et que le plafond fixé pour les sommes déposées dans une CES expose les titulaires à des dépenses de soins de santé substantielles avant

---

[77] United States General Accounting Office (GAO), Report to Congressional Committees, *Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers*, décembre 1998, GAO/HEHS-99-34. p. 11 (http://www.gao.gov/archive/1999/he99034.pdf).

[78] MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, p. 6.

[79] *Ibid.*, p. 7.

[80] GAO, *Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers*, p. 12.

[81] MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, p. 7.

[82] National Center for Policy Analysis, *Medical Savings Accounts: Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them*, NCPA Policy Report No. 216, juillet 1998. (http://www.ncpa.org/studies/s216.html).

que leur assurance ne prenne le relais. Concluant que la loi sur les CES était le résultat d'un certain nombre de compromis politiques ayant peu à voir avec la politique en matière de santé, la recherche économique ou la demande [83], le NCPA a formulé un certain nombre de recommandations de réforme, dont les suivantes :

- élargir la fourchette des franchises autorisées pour donner aux assureurs une plus grande souplesse leur permettant de mieux adapter les CES aux besoins des consommateurs;
- autoriser le marché à déterminer le montant des dépenses assumées par les titulaires de CES;
- permettre aux employeurs et aux salariés de cotiser en même temps au régime de CES;
- supprimer le plafond de 750 000 quant au nombre des titulaires de CES[84].

7.3.2 Medicare Plus Choice

Le régime de CES Medicare+Choice combine un régime d'assurance-santé à franchise élevée (de l'ordre de 6 000 $) et une caisse d'épargne-santé. Dans ce programme, Medicare paie la prime d'assurance laquelle, comme la franchise est élevée, est moindre que dans les régimes d'assurance-santé conventionnels, et dépose la différence entre le coût de la prime et le montant normal de la capitation de Medicare dans une CES. Les cotisations au régime sont les mêmes pour tous les bénéficiaires mais les paiements sont modulés en fonction des caractéristiques démographiques et de l'état de santé.

La CES Medicare+Choice était conçue pour donner aux bénéficiaires de Medicare davantage de contrôle sur leurs soins en leur permettant de choisir leurs fournisseurs de services de santé aux termes de modalités négociées. On espérait que cette démarche aurait entre autres l'avantage de réduire les dépenses de soins de santé discrétionnaires, les gens étant plus conscients de leur coût.

Dans ce régime, seule l'administration de Medicare est autorisée à faire des dépôts dans des CES; les bénéficiaires ne peuvent pas verser de cotisations dans le compte. Les montants déposés et l'intérêt sont libres de tout impôt fédéral, et les sommes tirées du compte pour régler des dépenses autorisées sont-elles aussi exemptes d'impôt. Les bénéficiaires qui n'ont pas de fortes dépenses de soins de santé peuvent convertir le paiement de la CES en revenu après un certain temps. L'argent de la caisse-d'épargne peut être utilisé pour payer des soins donnant droit à une déduction fiscale de même que certaines primes d'assurance, par exemple pour des soins de longue durée. Si le montant accumulé dans le compte atteint plus de 60 % de la franchise annuelle, l'excédent peut être retiré sans pénalité et être utilisé à n'importe quelle fin (mais il est considéré comme un revenu imposable) Au décès du bénéficiaire, la CES peut être transférée au conjoint désigné comme bénéficiaire et la CES sera considérée comme le sien. Autrement, la CESM perd son statut et sa valeur devient imposable.

---

[83] *Ibid.*

[84] *Ibid.*, pp. 2-4.

En novembre 2000, personne encore n'avait demandé d'offrir des CES sous le régime de Medicare+Choice. Par conséquent, le Congrès a demandé à la Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) de lui faire rapport sur les modifications qui pourraient être apportées pour rendre le programme viable pour les organisations et les bénéficiaires de Medicare.

Dans le rapport de novembre 2000 de MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, on conclut que le secteur privé n'offre pas de CES sous le régime de Medicare pour deux raisons :

1. la faiblesse de la demande de la part des bénéficiaires de Medicare, qui craignent le risque, et

2. le coût et la difficulté de la commercialisation d'un produit complexe comme les CES de Medicare auprès d'une population cible fragmentée et petite[85].

MedPac a fait remarquer que les primes aux termes du régime Medicare classique étaient relativement faibles et la couverture vaste, si bien que les bénéficiaires de Medicare ont peu de raison d'opter pour les CES. Il serait certes possible d'encourager la participation en modifiant certaines des conditions qui ont un effet dissuasif, mais des changements institutionnels ne stimuleraient sans doute pas beaucoup la participation en raison des caractéristiques du marché sous-jacent. On signale en outre dans le rapport que la plupart des mesures destinées à accroître la participation auraient aussi pour effet de réduire la protection des bénéficiaires ou d'accroître le risque financier pour le programme Medicare[86].

7.4 Projets de CES pour Hongkong

En décembre 2000, le gouvernement de Hongkong a publié un document de consultation sur la réforme du secteur de la santé intitulé *Lifelong Investment in Health*[87]. Admettant d'entrée de jeu que la pérennité du régime de santé de Hongkong était « extrêmement douteuse », les auteurs du document proposent une stratégie en trois volets pour assurer la viabilité financière à long terme du régime. Le troisième volet - après la réduction des coûts/l'amélioration de la productivité et la révision du barème des coûts - consiste à instituer des CES appelées des « comptes de protection de la santé »[88] dotés des caractéristiques suivantes :

---

[85] Medicare Payment Advisory Commission, Report to Congress, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, novembre 2000, p. 19(http://www.medpac.gov/).

[86] *Ibid.*

[87] Hong Kong, *Lifelong Investment in Health*, Consultation Document on Health Care Reform, décembre 2000 (http://www.info.gov.hk/hwb/english/CONSULT/HCR/HCR2.HTM#Contents).

[88] *Ibid.*, p. 51.

- un compte personnel est ouvert pour la personne et son conjoint où le titulaire verse des cotisations obligatoires représentant de un à deux pour cent de ses gains, entre 40 et 64 ans;
- l'épargne ne peut pas être retirée du compte avant que le titulaire atteigne l'âge de 65 ans;
- les sommes retirées ne peuvent servir à payer que les dépenses de soins de santé ou de frais dentaires du titulaire et de son conjoint, en fonction des taux du secteur public, ou à acheter de l'assurance-santé et dentaire auprès d'assureurs privés;
- si une personne choisit de se prévaloir des services du secteur privé, elle sera remboursée aux taux du secteur public à même l'épargne accumulée, la différence de prix étant à la charge de la personne concernée ou d'un assureur privé, le cas échéant;
- en cas de décès, l'épargne restante est transférée aux survivants[89].

Le compte de protection de la santé vise à aider les personnes à payer des services médicaux fortement subventionnés après la retraite et non à en transférer le fardeau aux générations suivantes[90]. Pour maintenir le taux d'épargne à un niveau abordable, on propose de limiter les retraits du compte avant 65 ans et d'offrir des remboursements aux taux du secteur public. Le gouvernement estime que, pour une famille touchant le revenu médian avec un taux d'utilisation moyen, un couple aura les moyens d'assumer ses dépenses de soins de santé au taux du secteur public jusqu'à l'âge de l'espérance de vie moyenne[91]. Le gouvernement de Hongkong a l'intention d'effectuer une autre étude des avantages et de la faisabilité des comptes de protection de la santé en 2001-2002.

Pour les personnes qui auront très peu économisé ou qui auront épuisé leur épargne en raison de problèmes de santé fréquents, la proposition prévoit un second « filet de sécurité » offert par le gouvernement, mais sans en donner de détails.

Cependant, pour les personnes ayant besoin de soins infirmiers de longue durée, le document de consultation mentionne un projet de création d'un compte d'épargne distinct, Medisage, les cotisations s'établissant à 1 % du salaire et destinées à l'achat d'assurance pour les soins de longue durée après la retraite. Comme ce type d'assurance n'est pas très développé à Hongkong, le gouvernement envisage d'effectuer des études plus approfondies des scénarios possibles et des caractéristiques du régime[92].

7.5 Les CES : Le Débat

Les experts ne s'entendent pas sur les répercussions des CES sur l'état de santé et les coûts des soins de santé. Les partisans des CES font valoir que celles-ci donnent davantage

---

[89] *Ibid.*, p. 57.
[90] *Ibid.*, p. 58.
[91] *Ibid.*
[92] *Ibid.*, pp. 58-59.

de choix aux consommateurs, encouragent les gens à faire un usage plus prudent des services de santé et font baisser les dépenses de soins de santé. Pour leur part, les détracteurs des CES affirment que l'épargne en dépenses de soins de santé est minime, que cette formule fractionne le risque sur le marché de l'assurance, fait augmenter les coûts d'assurance pour les personnes qui choisissent de conserver leur régime global d'assurance-santé et a un effet fâcheux sur la santé des personnes, particulièrement les pauvres et les personnes en mauvaise santé, qui renoncent à des soins médicaux pourtant nécessaires.

Serait-il possible d'instituer un régime de CES au Canada? Une étude réalisée par des économistes de la santé de Calgary (Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton) montre que cela serait ardu. Selon les auteurs, la mise en oeuvre d'un tel régime pose des problèmes pratiques et structurels qu'il faudrait résoudre avant de tirer quelque bénéfice que ce soit de cette formule. Premièrement, les avantages du choix que cette formule donne aux consommateurs sont limités au Canada puisque les Canadiens jouissent déjà d'une latitude considérable dans le choix de leurs médecins et spécialistes. De même, la CES n'aurait pas beaucoup d'effet sur les investissements des Canadiens dans leur santé puisque ceux-ci s'occupent déjà passablement de leur santé[93].

Donaldson, Currie et Mitton invoquent aussi le problème de l'information asymétrique qui diminue les gains potentiels à tirer des CES. Beaucoup de consommateurs ont déjà du mal à prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins par manque d'information. En outre, l'aptitude des personnes à devenir des consommateurs actifs de soins de santé varie considérablement selon le groupe socio-économique et l'âge[94]. Enfin, ces chercheurs soulignent que si les gouvernements affectaient leurs budgets de santé aux CES, les dépenses de soins de santé demeureraient les mêmes, mais les consommateurs risqueraient alors d'exiger des services plus nombreux ou un meilleur accès aux services, et le système pourrait être dans l'impossibilité de répondre à leurs attentes. Ils concluent qu'il faudrait réaliser des projets pilotes approfondis avant de pouvoir se prononcer sur les répercussions éventuelles de l'adoption de cette formule au Canada[95].

---

93 *Ibid.*
94 *Ibid.*, p. 20.
95 *Ibid.*

CHAPITRE HUIT :

ANALYSE COMPARATIVE

Durant la phase trois de son étude, le Comité a pu constater les différences notables entre pays sur le plan des services couverts par les régimes publics d'assurance-santé et du financement de ces régimes. Ces régimes diffèrent aussi au niveau du rôle de l'assurance privée et de la responsabilité des patients vis-à-vis des frais médicaux. Nous avons constaté que les régimes de soins de santé sont des hybrides : ils comportent tous une participation mixte du secteur public et du secteur privé au financement et à la prestation des services. Les caractéristiques des régimes varient aussi selon l'économie politique et la structure gouvernementale et les valeurs propres aux sociétés concernées.

En dépit de ces différences, la plupart des pays attendent les mêmes choses de leur régime d'assurance-santé: des services efficaces propres à améliorer la santé et la qualité de vie de la population, un accès équitable à ces services et une utilisation rationnelle des ressources disponibles. Ils ont cependant choisi des solutions très différentes pour atteindre ces objectifs, chacune comportant automatiquement des avantages et des inconvénients. Comme l'a dit éloquemment M. James Björkman de l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas :

> *[...] tous les systèmes de santé que je connais cherchent à satisfaire à trois critères. On pourrait résumer ces critères de la manière suivante: chercher à offrir des soins de qualité optimale au coût raisonnable le plus bas, au plus grand nombre de personnes possible. Autrement dit, les artisans des politiques cherchent à améliorer l'accès et à assurer la qualité, tout en veillant à la rentabilité.*
>
> *Malheureusement, ces trois critères divergent. En d'autres mots, accroître le poids d'un critère suppose généralement qu'on réduit celui des deux autres. Il faut chercher à trouver la combinaison qui convient à un pays donné, à une époque donnée.*[96]

8.1 Financement et protection

Comme on vient de le dire, il existe des différences notables entre les pays étudiés en ce qui concerne ce qui est couvert par les régimes publics d'assurance-santé et le mode de financement de ces régimes.

D'après l'étude comparative que nous avons effectuée, ce sont l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni qui offrent les régimes publics les plus complets d'assurance-santé. La part du secteur public dans les dépenses totales de soins de santé y est bien plus élevée (84 % en Suède et au Royaume-Uni et 75 % en Allemagne) qu'au Canada (70 %). Par ailleurs, beaucoup de pays où l'État assume une proportion des dépenses de santé analogue à celle du Canada —

[96] M. James Björkman (15:4).

comme l'Australie et les Pays-Bas — offrent en revanche une couverture bien plus vaste, généralement avec la participation du secteur privé, soit par l'imposition de frais modérateurs, soit par l'intervention d'assureurs privés.

> *Une autre différence existe en ce qui concerne les services assurés par l'État. Au Canada, le financement public du système est axé sur les hôpitaux et les médecins. Dans plusieurs autres pays, le financement public s'étend beaucoup plus aux produits pharmaceutiques. Je ne suis pas certain des effets que cela a sur l'efficacité, mais il y en a certainement en ce qui concerne l'équité et l'accès aux soins nécessaires.*
>
> *Cam Donaldson, Professeur, Département d'économie, Université de Calgary (22:17)*

Contrairement à l'usage au Canada, l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni imposent des frais aux usagers à l'égard des services assurés par le régime public. Même en Suède, un des pays européens les plus socialisés, on perçoit des frais aux usagers à l'égard de services financés par l'État. En outre, on peut dans de nombreux pays se procurer de l'assurance soins-médicaux privée couvrant les mêmes prestations que l'assurance publique, ce qui n'est pas le cas au Canada [97]. Par exemple, en Allemagne et aux Pays-Bas, l'assurance médicale privée est facultative pour les personnes dont le revenu dépasse un certain seuil (l'assurance-santé publique est obligatoire pour les personnes à faible revenu). Dans ces pays, les assureurs privés sont tenus d'accepter tous les demandeurs et doivent offrir des prestations équivalentes à celles du régime public. En Australie et en Suède, la loi force les assureurs privés à fixer le taux des cotisations sur une base collective (indépendamment de l'état de santé de chacun). Le gouvernement de l'Australie encourage activement les résidants à se procurer une assurance médicale privée en en subventionnant 30 % des coûts. Au Royaume-Uni comme en Australie, les résidants peuvent acheter de l'assurance privée pour couvrir les coûts de services dispensés dans des hôpitaux privés aussi bien que dans des hôpitaux publics.

> *Des différences surviennent aussi suivant l'ampleur du système à deux paliers dans divers pays. Au Royaume-Uni, tous sont obligés de payer pour le système. Au Canada, nous payons au moyen de nos impôts. Cependant, contrairement au Canada, le Royaume-Uni n'a pas de restrictions quant à l'achat privé de services assurés par l'État. On présente toujours cela comme un élément merveilleux du système canadien, mais l'un des paradoxes est qu'au Royaume-Uni, seulement 10 à 15 p. 100 des dépenses proviennent du secteur privé, tandis qu'au Canada, c'est 25 p. 100. Par conséquent, ce qu'on a ici, c'est une forme différente de système à deux paliers. Il s'applique simplement à un ensemble différent de services.*
>
> *Cam Donaldson, Professeur, Département d'économie, Université de Calgary (22:17)*

D'après nos observations, ce sont l'apport financier direct des malades, le fait que les assureurs privés soient autorisés à couvrir certains services, même dans les hôpitaux publics, et la participation du secteur privé à la prestation des services qui permettent à certains pays d'offrir à l'ensemble de leur population une gamme élargie de services de santé assurés. À cet égard, l'Australie et Singapour encouragent ouvertement le secteur privé à participer au régime dans le but avoué de préserver le caractère abordable des services médicaux et d'en assurer la pérennité.

---

[97] Aucun pays ne s'en remet exclusivement à l'assurance privée pour assurer la couverture des soins de santé de ses citoyens. Même aux États-Unis, où le secteur privé joue un rôle de premier plan dans l'assurance-santé, l'État assume 45% des dépenses totales de soins de santé. Le fait est que les soins de santé sont très différents des autres biens et services.

Au chapitre des frais aux usagers, Ake Blomqvist estime qu'il serait sans doute difficile d'exiger du jour au lendemain une participation directe des patients à l'égard du coût des services des médecins et des hôpitaux au Canada, mais que les recettes qu'on en tirerait permettraient d'offrir un plus grand panier de services de santé assurés par l'État :

> *En ce qui concerne le ticket modérateur, j'en viens à la conclusion qu'on ne pourra jamais débattre du ticket modérateur de façon rationnelle au Canada. La formule du ticket modérateur est devenue le symbole des chicanes fédérales-provinciales concernant la compétence en matière de politique de la santé. Il vaut mieux renoncer à l'idée du ticket modérateur pour les services médicaux et hospitaliers.*

> *Cependant, si on élargit le concept de l'assurance-santé pour y inclure une assurance-médicaments financée par des fonds publics ainsi, éventuellement, que les soins à long terme et les soins à domicile, je pense qu'il faudra envisager de nouveau la question du ticket modérateur. À ma connaissance, il n'existe aucun pays qui prenne en charge les produits pharmaceutiques et les soins à long terme et qui ne comportent pas une certaine participation aux frais pour le patient*[98].

Pour sa part, Mark Stabile a fait remarquer qu'il est certes possible d'améliorer l'accès aux soins et l'équité du régime en élargissant la palette des services assurés, mais qu'il faudra peut-être pour cela renoncer à la couverture intégrale par l'État des coûts des services hospitaliers et des services médicaux[99].

Abstraction faite des différences de couverture des régimes publics, les régimes des pays observés diffèrent grandement au niveau de la provenance des recettes publiques qui servent à financer la part de l'État des dépenses de soins de santé. En Australie, au Canada et au Royaume-Uni, celles-ci sont financées essentiellement à même les recettes fiscales générales, tandis qu'en Allemagne et aux Pays-Bas, le gros des fonds publics alloués aux soins de santé proviennent du régime de sécurité sociale et sont le produit des cotisations des employeurs et des employés. En Suède et à Singapour, l'origine du financement public pour les soins de santé est mixte (recettes fiscales générales et assurance sociale).

Y a-t-il des leçons à tirer pour le Canada de l'expérience des autres pays en matière de financement du régime d'assurance-santé? D'après Ake Blomqvist, les pays qui se sont dotés d'un régime public à payeur unique arrivent le mieux semble-t-il à contenir les coûts des soins de santé. À son avis, il vaudrait la peine d'envisager un élargissement de la couverture de l'assurance-santé publique tout en conservant le principe du payeur unique :

> (...) les pays dont le système se rapproche le plus du principe du financement public à payeur unique, le Royaume-Uni et le Japon, sont ceux qui consacrent aux soins de santé la part la plus petite du PIB. Bien que le Canada respecte strictement le principe du payeur unique en ce qui a trait aux services visés par la

[98] Ake Blomqvist (22:22-23).
[99] Mark Stabile, courriel au Comité, juin 2001.

> Loi canadienne sur la santé, la relative étroitesse de l'éventail des soins couverts signifie que, en réalité, nous avons un système mixte où le recours au secteur privé est relativement important. Par conséquent, s'il s'agit surtout de contenir les coûts, il semblerait indiqué à première vue d'élargir l'éventail des soins payés par le régime public en instaurant, par exemple, un régime public d'assurance-médicaments comme le propose le Forum national sur la santé[100].

3.2 Soins primaires

Les différences les plus intéressantes entre les systèmes de soins de santé des pays industrialisés étudiés par le Comité tiennent à la façon dont sont assurés les soins primaires et, en particulier, aux incitatifs auxquels sont soumis les fournisseurs de ces soins.

Au Canada, en Australie et en Allemagne, de même que dans le régime Medicare original des États-Unis, le vecteur principal des soins reste les généralistes ou médecins de famille qui opèrent de façon autonome et qui sont rémunérés à l'acte. Du point de vue des patients, l'un des avantages de ce système, c'est qu'il ne leur impose pas de grandes restrictions dans leur choix de médecin. Les détracteurs du paiement à l'acte soutiennent que ce système de rémunération incite les médecins à multiplier les visites courtes, mais pas à régler plusieurs problèmes au cours de la même visite – en fait il les décourage de le faire – ni à fournir de l'information ou des conseils. Ainsi, les médecins qui choisissent de consacrer plus de temps à leurs malades voient moins de malades par jour et sont donc moins bien rémunérés.

Par contre, aux Pays-Bas et dans bien des régimes de soins gérés relevant du régime Medicare américain, les soins primaires sont prodigués par des généralistes dont le revenu est fondé sur la capitation et qui travaillent seuls ou en groupe. Comme son nom l'indique, le système de paiement par capitation est un mode de rémunération par personne. Le revenu du médecin dépend du nombre de patients enregistrés, indépendamment du nombre de visites. Ce système a entre autres l'avantage d'encourager les médecins à passer plus de temps avec leurs patients. Il a cependant l'inconvénient d'encourager des services insuffisants parce que la rémunération du médecin est sans rapport avec la quantité des services dispensés. En outre, tout système de rémunération par capitation qui force les malades à s'inscrire auprès d'un généraliste ou d'un groupe de professionnels de la santé en particulier limite la liberté du patient de choisir lui-même son médecin.

Le système de capitation a par contre l'avantage, entre autres, de pouvoir être modifié de manière à offrir aux médecins de soins primaires des incitations à prendre des décisions économiques au niveau de l'usage qui est fait des très nombreux intrants des soins de santé (médicaments, spécialistes, services hospitaliers, tests diagnostiques). Le système des Fundholdings au Royaume-Uni et sa transformation récente en groupes de soins primaires est instructive à cet égard. Les généralistes membres d'un groupe de soins primaires touchent une rémunération mixte (capitation, traitement et paiements à l'acte) selon leurs activités. Certains estiment que cette formule permet une prestation et une utilisation plus efficaces et économiques des services de santé.

---

[100] Ake Blomqvist, *Comparaisons internationales de systèmes de santé : leçons pour le Canada*, mémoire au Comité, juin 2001, p. 3.

Selon Ake Blomqvist[101], le fait que la capitation soit depuis longtemps en usage aux Pays-Bas est une preuve de son efficacité à fournir des soins d'un bon rapport qualité-prix. L'importance croissante aux États-Unis des régimes de soins gérés dans le cadre desquels les fournisseurs de soins sont payés par capitation, non seulement dans le cadre du régime Medicare, mais dans la population générale, est une autre preuve de l'attrait potentiel de la capitation. Blomqvist est d'avis que l'expérience du Royaume-Uni montre clairement qu'il est possible d'avoir un système mixte où capitation, salaire et rémunération à l'acte coexistent comme moyens de payer les soins primaires.

La Suède se distingue des autres pays étudiés par le Comité dans la mesure où la majorité de ses généralistes sont salariés, à savoir qu'ils touchent un traitement annuel indépendant de leur charge de travail. Ce qu'on reproche le plus souvent à cette formule c'est que les fournisseurs de soins ont tendance à moins bien répondre aux besoins de leurs patients. Elle présente en revanche l'avantage de ne pas encourager les médecins à fournir des soins superflus. On a toutefois indiqué au Comité que, dans l'ensemble, la rémunération des généralistes suédois est inférieure à celle de leurs homologues de nombreux autres pays industrialisés.

En définitive, il semble que toutes les formules de rémunération suscitent des comportements souhaitables comme des comportements indésirables, et certains experts canadiens prônent donc l'adoption d'un système mixte de rémunération des médecins généralistes.

Cependant, pour certains, le paiement à l'acte constitue une entrave considérable à la réforme des soins primaires au Canada. Voici à ce sujet l'avis de Cam Donaldson :

> *La grande différence par rapport à bien d'autres pays réside dans la rémunération des médecins. Je vois là un grand obstacle à la réforme du système. J'estime personnellement que le maintien d'une formule de rémunération à l'acte est incompatible avec le passage à un modèle d'acheteur-fournisseur. Je ne pense pas qu'un tel modèle fonctionnera si l'on maintient la formule de rémunération à l'acte*[102].

8.3 Intégration des services de santé

Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres pays, les divers éléments du système de soins de santé du Canada ne sont pas bien intégrés sur le plan financier, si bien que les fournisseurs de soins et les établissements de santé n'ont pas tendance à prendre en considération les coûts et les avantages de leurs actions pour l'ensemble du système. De l'avis de Donaldson, Currie et Mitton, cette absence d'intégration au niveau financier a des « effets pervers » sur le système de soins de santé du Canada[103].

---

101 Ake Blomqvist, *Ibid*, p. 4.

102 Cam Donaldson (22:18).

103 Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, Commentaire de l'Institut C.D. Howe, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System, Lessons from Abroad*, N° 151, avril 2001.

Par exemple, les régies régionales de la santé et les fournisseurs de soins (hôpitaux, médecins hospitaliers et médecins de soins primaires) agissent souvent indépendamment les uns des autres et sont rémunérés séparément. Ils ne sont donc pas soumis aux mêmes incitatifs relativement à la réalisation des objectifs communs du système public de soins de santé.

Les régies régionales de la santé n'ont pas suffisamment de contrôle sur les ressources dans leur zone de compétence. Premièrement, les médecins sont rémunérés indépendamment des autorités sanitaires. Deuxièmement, les médecins décident dans une large mesure de ce qui se passe au niveau des soins médicaux, mais ce sont les autorités sanitaires qui paient la facture. Ainsi, si les autorités sanitaires avaient voix au chapitre au sujet du budget actuellement consacré à la rémunération des médecins, le comportement des médecins et celui des autorités sanitaires seraient plus compatibles. D'après Donaldson, Currie et Mitton, on arriverait à ce résultat grâce à une forme de séparation entre acheteurs et fournisseurs de services de santé, comme l'ont fait la Suède et le Royaume-Uni.

Au Canada, cette séparation des fonctions d'acheteur et de fournisseur existe déjà dans le secteur hospitalier. Dans le passé, les acheteurs étaient les ministères provinciaux de la santé, avec lesquels les hôpitaux négociaient leur financement annuel. Dans de nombreuses provinces, la fonction d'acheteur est maintenant décentralisée et confiée à des régies régionales de la santé qui, à bien des égards, se trouvent dans une situation analogue à celle des *District Health Authorities* (administrations sanitaires de district) du Royaume-Uni dans les années 90 (ou des conseils de comté du système suédois).

L'expérience des autres pays montre que l'adoption du principe de la séparation entre acheteurs et fournisseurs n'entraînerait pas forcément des changements importants au Canada. Le tout est de faire attention à la façon dont les contrats entre fournisseurs et acheteurs sont écrits et mis en œuvre ainsi qu'à la reddition de comptes des acheteurs et aux incitatifs auxquels ils sont soumis.

Parmi les éléments d'une réforme de ce genre, il y a l'inclusion du coût des services des médecins dans le budget des régies régionales, comme cela se fait en Suède. Selon Ake Blomqvist, si les régies régionales contrôlaient le coût global des services hospitaliers et des services médicaux, elles seraient beaucoup mieux à même de prendre des décisions rationnelles sur la façon de répartir leurs ressources de manière à promouvoir le plus efficacement possible la santé de la population[104].

Est-ce qu'on aboutirait à un système mieux intégré financièrement si l'on confiait aux malades eux-mêmes le financement des soins de santé par la voie d'un système de caisses d'épargne-santé? Comme on l'a vu au chapitre 7, dans cette formule, les consommateurs de soins participent activement aux décisions relatives aux dépenses de soins santé. Cependant, Donaldson, Currie et Mitton font la mise en garde suivante : « Il sera essentiel de procéder à des projets pilotes soigneusement réalisés pour être en mesure de tirer des conclusions valables sur les répercussions d'un régime de caisses d'épargne-santé. »[105]

---

[104] Ake Blomqvist, mémoire au Comité, p. 7.
[105] Donaldson, Currie et Milton, p. 20.

8.4 Rôle du gouvernement

Parmi les pays que le Comité a examinés, le Canada est unique en ce sens que le gouvernement fédéral joue un rôle direct très restreint dans la prestation des soins de santé. Aux termes de la Constitution, les soins de santé relèvent des provinces et des territoires, sauf dans le cas de certains groupes, les plus notables étant les Premières Nations et les Inuit. Il fut un temps où la part des dépenses de santé assumée par le gouvernement fédéral était bien plus importante que maintenant et où celui-ci exerçait une influence déterminante sur le développement du système canadien de soins de santé, période qui a culminé avec l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé.*

Compte tenu de la structure politique du Canada, la plupart des experts conviennent qu'il serait difficile de suivre la démarche adoptée par d'autres pays dans la réforme de leur propre système de soins de santé. Carolyn Hughes Tuohy a décrit trois stratégies de mise en œuvre visant la réforme des soins de santé :

> *Une approche radicale face à une telle réforme est politiquement très dangereuse et il est rare qu'un gouvernement veuille courir ce risque. Cela exige de réunir plusieurs conditions politiques qu'il est difficile de réunir. Il faut pouvoir concentrer l'autorité politique à très grande échelle et avoir la volonté politique de prendre ce risque. Dans la mesure où on concentre l'autorité, on concentre aussi la responsabilité, si bien qu'il devient plus difficile de rejeter le blâme sur quelqu'un d'autre.*
>
> *Les réformes radicales sont rares. Cela s'est produit en Grande-Bretagne après la Seconde Guerre mondiale lorsqu'a été instauré le système national de santé. Nous l'avons vu dans les années 80 en Grande-Bretagne, sous le gouvernement Thatcher, lors de son troisième mandat majoritaire successif. C'est rare.*
>
> *Des réformes du genre graduel sont plus courantes dans des circonstances de coalition où les compromis sont nécessaires. Je n'ai pas mentionné certains États des États-Unis où l'on a également choisi la formule graduelle parce qu'il fallait parvenir à un compromis bipartisan - avec des résultats similaires à ce que l'on a vu aux Pays-Bas. Les choses avaient tendance à bloquer ou à reculer au fur et à mesure que la coalition politique changeait de couleur.*
>
> *En Australie et au Canada, nous avons constaté des réformes progressives parce que l'on ne peut pas parvenir à un consensus fédéral-provincial plus large. Ceci résulte également de certains facteurs politiques généraux qui ne sont pas limités à la santé.* [106]

Dans l'ensemble, les propositions radicales de réforme du système de soins de santé seraient difficiles à mettre en œuvre au Canada. Il reste cependant qu'on ne saurait

---

[106] Carolyn Tuohy (22:28).

répondre aux attentes et aux aspirations des Canadiens sans procéder à des changements importants.

Claude Forget, un ancien ministre de la santé du Québec et un expert de l'étude comparative des systèmes de soins de santé, a dit au Comité que l'expérience des autres pays devrait nous sensibiliser aux dangers d'un régime public qui serait l'otage des aléas de la vie politique et d'une réforme qui ne serait pas fondée sur des considérations pragmatiques :

> *Dans bien des cas, on [en Europe de l'Ouest] essaie des solutions pragmatiques. Toutefois, étant donné les liens étroits entre ces systèmes et le monde politique de ces pays, ces tentatives sont fragiles. Même quand elles sont réussies, ces expériences ne sont pas nécessairement maintenues.*
>
> *Je ne critiquerai certainement pas un système qui essaierait de nouvelles solutions et qui changerait d'avis en constatant qu'elles ne sont pas efficaces. Toutefois, ce n'est pas ce qui s'est passé. C'est pour des raisons idéologiques, à cause de leurs liens étroits avec le système politique de ces pays, que les systèmes ont échoué.*
>
> *Nous [au Canada] sommes jusqu'à un certain point victimes du même défaut. Nous devrions être conscients du risque qu'il y a à avoir un système public qui est à la merci des caprices de la vie politique. Quand le système de soins de santé est lié au système politique, il ne peut pas appliquer une méthode pragmatique de gestion des problèmes*[107].

[107] Claude Forget (22:14)

CONCLUSION

Le présent rapport complète la Phase Trois de l'étude du Comité sur les soins de santé. Il résume les témoignages que nous avons entendus et fait référence aux documents que nous avons commandés et à ceux qui ont été portés à l'attention de nos membres.

Les Canadiens peuvent se consoler dans le fait que leur pays n'est pas seul à connaître des problèmes de soins de santé complexes. Partout dans le monde industrialisé, la politique sanitaire est intimement mêlée à la vie politique, sociale et même culturelle du pays. À ce titre, chaque système de soins de santé est unique. Par conséquent, aucun modèle étranger ne constitue une panacée pour les problèmes qui affligent le système canadien. Cependant, les experts nous ont dit qu'il fallait craindre les répercussions au Canada de l'introduction à la pièce les changements opérés dans d'autres pays.

Dans le rapport de la Phase Quatre diffusé récemment, le Comité a souligné l'importance de l'ouverture d'esprit dans la réforme du système de soins de santé, et la nécessité d'envisager toutes les options possibles, y compris celles éprouvées ailleurs dans le monde. Nous espérons que le présent rapport sera un document utile à quiconque souhaite participer à la cinquième et dernière phase de l'étude du Comité sur les soins de santé – l'ensemble des audiences publiques qui nous mèneront à nos recommandations finales.

ANNEX A

LISTE DES TÉMOINS

Lundi 28 mai 2001
(par vidéoconférence)

Du Ministère de la santé, du bien-être et des sports des Pays-Bas :
Dr. Hugo Hurts, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé

De l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas :
Dr. James Bjorkman

Jeudi 7 juin 2001 (9 h 00)
(by videoconference)

Swedish Parliament (Riksdag):
Lars Elinderson, Deputy member, Committee on Health and Welfare

Lundi 11 juin 2001
(par vidéoconférence)

Ministère de la santé de l'Allemagne:
Georg Baum, directeur général, Head of Directorate Health Care
Dr. Margot Faelker, directrice adjointe, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance
Dr. Rudolf Vollmer, directeur général, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance

Royaume-Uni - Department of Health – Economic and Operational Research Division:
Clive Smee, Chief Economic Adviser

Université de Birmingham:
Professeur Chris Ham, directeur, Health Services Management Centre

London School of Economics:
Professeur Julien LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy, LSE Health & Social Care

Mardi 12 juin 2001
(par vidéoconférence)

Institut australien de la santé et du bien-être:
Dr. Richard Madden, directeur

Australian Health Insurance Association:
Russel Schneider, PDG

National Centre for Epidemiology and Population Health – Australian National University
Dr. Tony Adams, professeur de la santé publique

Health Insurance Commission:
Dr. Brian Richards

L'Association médicale de l'Australie:
Dr. Carmel Martin, directeur
Dr. Roger Kilham

Mercredi 13 juin 2001

Santé Canada:
Ake Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et d'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité et Professeur, Université of Western Ontario

Université de Calgary:
Professeur Cam Donaldson, Département d'économique

Université de Toronto (par vidéoconférence):
Professeur Colleen Flood, Faculté de droit

À titre individuel:
Claude Forget

Université de Toronto:
Professeur Mark Stabile, Département d'économique
Professeur Carolyn Tuohy, Département de science politique

Jeudi 14 juin 2001
(par vidéoconférence)

U.S. Department of Health and Human Services:
Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation
Ariel Winter, analyste
Tanya Alteras, analyste

ANNEXE B

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : DONNÉES COMPARATIVES, 1998

	DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ		DÉPENSES PUBLIQUES DE SOINS DE SANTÉ		RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ		INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ	
	En pourcentage du PIB	Dollars par habitant à parité de pouvoir d'achat	En pourcentage des dépenses de santé totales	En pourcentage du PIB	Lits pour soins actifs (pour 1 000 habitants)	Médecins actifs (pour 1 000 habitants)	Espérance de vie à la naissance (en années)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)
Australie	8,5	2 043	69,3	5,9	4,0[1]	2,5[1]	78,3	5,0
Canada	9,5	2 312	69,6	6,6	2,9[1]	2,1	79,1	5,5[1]
Allemagne	10,6	2 424	74,6	7,9	7,1	3,5	77,3	4,7
Pays-Bas	8,6	2 070	70,4	6,0	3,7	n.d.	78,0	5,2
Suède	8,4	1 746	83,8	7,0	2,7	3,1[2]	78,7	3,6[1]
Royaume-Uni	6,7	1 461	83,7	5,6	2,4	1,7	77,3	5,7
États-Unis	13,6	4 178	44,7	6,1	3,2	2,7	76,8	7,2[1]

n.d.: non disponible.
1) Données de 1997.
2) Données de 1996.
Source : Donnée sur la santé de l'OCDE (2000), Nations Unies (pour l'espérance de vie) et Bibliothèque du Parlement.